# LE TRAITEMENT

DU

# VARICOCÈLE

## PAR LE PROCÉDÉ DE PARONA

Tracts 1561
~~N° 71~~
1

# LE TRAITEMENT
DU
# VARICOCÈLE
## PAR LE PROCÉDÉ DE PARONA

---

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 18 JUILLET 1905

PAR

**CONDO DE SATRIANO Hyacinthe**

Né à Marseille (B.-du-R.)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1899)
ANCIEN INTERNE DES MÊMES HOPITAUX (CONCOURS 1902)

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MESSIET ET JEANJEAN
14-16, Rue des Etuves, 14-16

1905

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN
TRUC ..... ASSESSEUR

## PROFESSEURS

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT. |
| Clinique obstétricale et gynécologie | GRYNFELTT. |
| — — M. GUÉRIN (ch. du cours). | |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET (✻). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicale | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE. |
| Clinique ophtalmologique | TRUC. |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS. |
| Opérations et appareils | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | H. BERTIN-SANS. |

PROFESSEUR-ADJOINT : M. RAUZIER
DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|---|---|
| Accouchements | MM. VALLOIS, agrégé libre. |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | BROUSSE, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | RAUZIER, agrégé libre. Professeur-adjoint. |
| Pathologie externe | DE ROUVILLE, agrégé. |
| Pathologie générale | RAYMOND, agrégé. |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | | |
|---|---|---|
| MM. BROUSSE | MM. VIRES | MM. SOUBEIRAN |
| DE ROUVILLE | VEDEL | GUERIN |
| PUECH | JEANBRAU | GAGNIERE |
| GALAVIELLE | POUJOL | ED. GRYNFELTT |
| RAYMOND | ARDIN-DELTEIL | |

M. IZARD, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE
MM. FORGUE, *président.*
ESTOR.
JEANBRAU.
ARDIN-DELTEIL.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MERE

A MES PARENTS

CONDO DE SATRIANO.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX DE BRIGNOLES

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CONDO DE SATRIANO.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE MARSEILLE

MM. les

Docteur D'ASTROS, professeur de clinique infantile.

External 1902. Internat 1905.

Docteur BRUN, chirurgien des Hôpitaux.

Internat 1905.

Docteur QUEIREL, professeur de nhirurgie obstétricale et et gynécologique. Directeur de l'Ecole de Médecine.

Internat 1905

Docteur BOY-TEISSIER, médecin des Hôpitaux.

Internat 1903.— Internat 1904.

Docteur ROUX DE BRIGNOLES; chirurgien des Hôpitaux.

Internat 1904

Docteur PLUYETTE, médecin des Hôpitaux.

External 1900.— Internat 1903.

Docteur LAGET, professeur de clinique médicale.

External 1902

Docteur COMBALAT, ex-professeur de clinique chirurgicale.

External 1900

Docteur SCHNELL, médecin des Hôpitaux.

External 1901

Docteur BIDON, médecin des Hôpitaux.

External 1901

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR LAUZET

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

External 1899

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

ACQUAVIVA, chirurgien des Hôpitaux.

SESQUÈS, médecin des Hôpitaux.

MICHEL, médecin des Hôpitaux.

# INTRODUCTION

Le but que nous nous proposons dans ce modeste travail est de faire connaître les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du procédé imaginé il y a quelques années par le sénateur Parona pour la cure radicale du varicocèle.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous proclamons que nous n'avons nullement l'intention de critiquer les méthodes employées actuellement contre cette infirmité. Elles ont des inconvénients, mais toutes ont donné de bons résultats entre des mains exercées.

La méthode que nous étudions, jeune encore, mérite de passer au premier rang, tant pour la simplicité de son manuel opératoire, que pour les résultats encourageants qu'elle a donnés.

Nous avons essayé de réunir toutes les observations de malades opérés par ce procédé, et nous sommes arrivés à un total de 130 cas.

Avant de commencer cette étude, nous adressons un témoignage de reconnaissance à notre maître M. le docteur Roux (de Brignoles), qui nous a proposé ce sujet de thèse, alors que nous avions l'honneur d'être son interne, et qui a mis obligeamment à notre disposition huit observations inédites de malades opérés avec succès dans son service.

Nos recherches ont été facilitées grâce à la courtoisie et à l'amabilité de M. le professeur Parona et de son élève M. le docteur Viscontini qui se sont empressés de mettre à notre disposition leurs intéressantes publications, accompagnées de 5 observations personnelles et inédites. Nous sommes heureux de leur adresser ici tous nos remerciements.

M. le professeur Jonnesco, dont nous désirions connaître les travaux sur ce sujet, a accueilli notre demande avec la plus grande cordialité, nous faisant parvenir une statistique de 41 cas. Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

Que M. le professeur Forgue veuille bien agréer l'expression de notre gratitude pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

---

# Le Traitement du Varicocèle

PAR LE PROCÉDÉ DE PARONA

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE DU TRAITEMENT

La cure chirurgicale du varicocèle remonte à une époque très éloignée. *Celse*, qui vivait au temps d'Auguste, et ses contemporains intervenaient radicalement: ils opéraient à ciel ouvert, brûlaient avec des cautères grêles et pointus les varices scrotales, et sectionnaient, entre deux ligatures, les phlébectasies du cordon. *Paul d'Egine* (1), au premier siècle, donne le détail de la technique opératoire: isolement au palper des vaisseaux ectasiés, incision cutanée, et mise à nu du faisceau variqueux, lié par une double ligature et sectionné en son milieu; évacuation du sang coagulé, et application du pansement suppuratif. Ce mode de traitement continue à régner en maître pendant fort longtemps. *Guy de Chauliac* (2), vers 1365, donne au médecin les con-

(1) Paul d'Egine, traduit par R. Briau. Paris 1855, p. 273.

(2) Guy de Chauliac, *La Grande Chirurgie*, éd. de Lyon 1512, p. 171.

seils suivants : « Mais si tu es fort importuné de prières, après avoir prédit le danger suivant la doctrine d'Albucasis, incise la peau des testicules et lie la hernie variqueuse en haut et en bas : et coupe tout net ce qui sera au milieu, et le tire au dehors et couds pour guérir la playe, comme dict est. » *Arculanus*, chirurgien du XVe siècle, excisait le paquet variqueux entre deux ligatures et suturait les téguments. *Franco*, *Ambroise Paré* et *Jean Vigier* (de Castres) ont décrit un procédé semblable. *Cumano* (de Trieste) ajoutait, à l'extirpation des veines entre deux ligatures, la résection d'une large portion des bourses.

On voit donc par là que les anciens connaissaient et pratiquaient avec une grande précision la section et l'extirpation des veines entre deux ligatures et qu'ils avaient même eû l'idée d'associer à cette opération la résection d'une étendue notable du scrotum.

Cependant c'est à partir du milieu du XVIIIe siècle que la cure du varicocèle subit des fluctuations. A cette époque les chirurgiens se livrent à des tentatives opératoires nouvelles, mais éphémères. A la suite de ces interventions radicales on voit survenir de graves complications : les abcès multiples, les phlegmons, la gangrène, la phlébite, l'infection purulente font leur apparition et entraînent par suite une grande réserve opératoire en matière de chirurgie veineuse.

Nicaise (1) fait remarquer avec raison que le rejet du bistouri dans le varicocèle coïncide justement avec le moment précis où les liquides émollients et les corps gras constituent, sous l'influence de l'Académie royale de chirur-

---

(1) Nicaise, *Revue de chirurgie*, 1884, p. 367.

gie, le pansement obligé pour remplacer «le bon vin chaud» et les diverses substances aromatiques, plus ou moins antiseptiques, employées jusqu'à ce jour.

Le bistouri étant condamné, de nouvelles méthodes dites préservatrices et oblitérantes font leur apparition. On multiplie les instruments, on comprime, on écrase, on cautérise les paquets variqueux et, sous le couvert de la confiance qu'inspirent ces méthodes, les chirurgiens du début du XIXe siècle multiplient les procédés de cure radicale, non exempts d'infaillibilité et d'innocuité. Le nombre des varicocèles opérés à cette époque est considérable: Vidal de Cassis, seul, dans une statistique, nous montre 250 cas opérés par son procédé d'enroulement. On arriverait à un total énorme si l'on additionnait les chiffres de chacun des opérateurs.

Il y avait eu abus, il y eut réaction: devant la médiocrité des résultats, l'impuissance ou le danger de ces méthodes opératoires, on néglige de nouveau les paquets variqueux du cordon, et de 1850 jusqu'à l'avènement de l'antisepsie les chirurgiens s'abstiennent de toute intervention. La découverte des germes infectieux et des moyens de les combattre a été le point de départ des grands progrès que la chirurgie a réalisés depuis plus d'un quart de siècle.

L'innocuité ordinaire des opérations pratiquées avec l'antisepsie, ensuite avec l'asepsie, explique cette nouvelle faveur dont jouit le bistouri; et l'ingénieux arsenal inventé par nos précurseurs ne devient plus bon qu'à orner les vitrines des musées de chirurgie. Les procédés que l'on décrivait, il y a quelques années, sous le nom de procédés anciens, sont en pleine actualité, et ceux que l'on rangeait sous la rubrique de procédés nouveaux sont maintenant tombés dans l'oubli.

Comme nous venons de le voir, la cure du varicocèle a passé par 4 phases bien distinctes : préconisée depuis l'antiquité jusque vers le milieu du XVIII^e siècle, condamnée puis reprise sous le couvert des méthodes préservatrices et oblitérantes, abandonnée encore, elle règne actuellement en maîtresse absolue depuis l'ère de l'antisepsie.

Avant de commencer l'étude de l'état actuel de la chirurgie du varicocèle, nous passerons rapidement en revue les diverses méthodes dites préservatrices et non sanglantes qui sont abandonnées aujourd'hui.

Au premier abord il paraît difficile de s'orienter parmi les nombreux procédés qui ont été proposés pour la cure du varicocèle. La connaissance de cette affection étant de date très ancienne, nous ne croyons pas qu'il soit de thérapeutique plus variée, sinon plus riche, que la sienne. Les méthodes qu'on a imaginées et employées pour guérir le varicocèle sont presque innombrables.

Nous diviserons donc ce paragraphe en deux parties :

A. — *Opérations qui oblitèrent les veines, soit par coagulation directe du sang, soit par phlébite adhésive.*

B. — *Opérations qui entraînent la destruction des veines dans une étendue plus ou moins considérable, avec ou sans perte de substance simultanée du scrotum.*

Eliminons d'emblée la méthode trop radicale de la *castration* : l'indication de cette interventiou ne se discute plus aujourd'hui, et le praticien ne doit se déterminer à cette opération que lorsque le varicocèle est accompagné d'une affection du testicule nécessitant elle-même la suppression de l'organe. Nous comprendrons dans la même prescription la *ligature des artères du cordon et l'excision du canal déférent* (cas de Amussat, Morgan, Lambert, Key).

A. — Opérations qui oblitèrent les veines, soit par coagulation directe du sang, soit par phlébite adhésive.

Citons pour mémoire :

1° La *compression* de Sanson, au moyen d'un appareil spécial, procédé basé sur une erreur physiologique, d'après L. Le Fort.

2° Le *séton*, de Fricke, 1834, qui compte à son actif plusieurs cas de mort.

3° L'*acupressure*, de Davat, 1833, méthode aussi dangereuse que la précédente.

4° La *galvanopuncture* (Onimus, Percepied, Clementi de Catane), qui présente au nombre de ses avantages celui de « pouvoir être, en cas de récidive, maintes fois répété (2). »

5° Les *injections coagulantes* (Maisonneuve, Pinching de San Francisco), qui sont très douloureuses, exposent à la phlébite et dont le résultat n'est pas durable.

B. — Opérations qui entraînent la destruction des veines dans une étendue plus ou moins considérable, avec ou sans perte de substance simultanée du scrotum.

1° La *cautérisation*. — Bonnet et Nélaton employaient des caustiques chimiques, mais les opérés étaient exposés à des hémorragies consécutives, à des accidents phlegmoneux graves, à la phlébite enfin.

2° La *compression*, dont Breschet fut le promoteur en 1834, adoptée et modifiée par Velpeau, Reynaud (de Toulon), Jobert de Lamballe et Follin. — Ils obtenaient par compression mécanique graduée la mortification des veines et du scrotum.

---

(2) Percepied. Thèse de Paris, 1877.

3° La *ligature sous-cutanée*, pratiquée par Gagnebé et Ricord, n'était pas sans danger et exposait à la récidive.

4° L'*enroulement*, imaginé par Vidal de Cassis, pour réaliser à la fois les avantages de la compression et de la résection, exposait à l'inflammation des veines et ne donnait pas de garanties plus sérieuses au point de vue du résultat définitif.

5° La *section hémostatique extemporanée des veines et de la peau* (Maisonneuve, Amussat fils, Reichert, Pearce Gould).

6° La *résection par l'écraseur de Chassaignac*, qui permettait d'associer à l'extirpation des veines la résection large du scrotum.

7° L'*isolement*, de Rigaud (de Nancy) qui, par l'étendue notable de la mortification veineuse donnait une réelle garantie contre les récidives, mais dont l'accueil a été tempéré par des cas d'infection purulente suivie de mort.

En résumé, d'après le court aperçu que nous venons de faire de ces méthodes, nous voyons qu'elles ne sont pas impeccables au double point de vue du pronostic actuel et du pronostic d'avenir. Toutes en effet ne sont pas inoffensives, et celles réputées les plus sûres ont occasionné des accidents phlegmoneuxayant pu entraîner la mort des opérés. D'autre part, de tous ces procédés qui devaient donner une guérison définitive, il n'en existe aucun qui n'ait à son actif de nombreux exemples de récidive.

# CHAPITRE II

## 1° ETAT ACTUEL DE LA CHIRURGIE DU VARICOCÈLE
## 2° EXPOSÉ ET CRITIQUE DES PRINCIPALES MÉTHODES

1° ÉTAT ACTUEL DE LA CHIRURGIE DU VARICOCÈLE. — Les procédés opératoires préconisés pour traiter chirurgicalement le varicocèle se divisent en deux groupes bien distincts.

Dans les uns on s'attaque directement aux veines dilatées dont on fait disparaître une étendue plus ou moins considérable par *ligature et excision*.

Dans les autres on s'efforce de diminuer la capacité des bourses par une large *résection du scrotum*, de façon à exercer sur les veines une compression permanente et leur constituer une sorte de suspensoir naturel.

Enfin on peut combiner dans certains cas d'orchidoptose et d'ectasie veineuse les deux procédés de résection du scrotum et d'excision des veines.

La ligature et la résection des paquets variqueux, qui, il

y a quelques années, était recommandée, est passée au second plan à l'heure actuelle pour céder la place à la résection du scrotum. Celle-ci est simple, inoffensive entre des mains exercées, ne menace ni les artères spermatiques, ni le canal déférent, et toutefois l'ingéniosité des chirurgiens s'exerce sur le moyen le plus simple pour la pratiquer.

Alors que certains font une opération sanglante réglée en excisant un large lambeau de tunique scrotale avec l'hémostase de la plaie béante et sutures consécutives, d'autres, pour ne pas avoir à arrêter l'hémorragie, l'empêchent de se produire avec un clamp particulier sur lequel ils lient même les vaisseaux; d'autres attaquent le même but en pratiquant, sans outillage spécial, avant toute résection l'adossement par couture des parois du scrotum ; d'autres, rejetant le bistouri, se bornent à rétrécir la cavité scrotale en la fronçant avec une ligature sous-cutanée.

Enfin, assez récemment une nouvelle méthode rationnelle est apparue qui, d'une part ramenant le testicule le plus près possible de l'anneau inguinal et le fixant à ce niveau, d'autre part enserrant les veines dilatées dans un suspensoir séreux, tend à réaliser la cure du varicocèle en combattant à la fois l'orchidoptose et l'ectasie veineuse. Nous voulons parler du procédé de Parona que nous étudierons dans le chapitre III.

2° Exposé et critique des principales méthodes. — Nous allons, sans trop entrer dans le détail, faire un exposé des principales méthodes actuelles. Ce sont :

*a*) *La ligature et l'excision des veines* ;

*b*) *La résection du scrotum* ;

*c*) *La résection combinée*.

A. — *Ligature et excision des veines.* — Cette opération a été pratiquée tour à tour par de nombreux chirurgiens : Barker, Galland, Annandale, Fischer (de Breslau), Lee, Terrier, Volkmann, Guyon, Niçaise, Tillaux, Richelot, Ferron, Carlier, etc.

On fait sur la partie antérieure du scrotum, entre le testicule et l'anneau inguinal, une incision verticale de 4 à 6 centimètres environ, et l'on met à nu les éléments du cordon. Dans un premier temps on examine celui-ci pour se rendre un compte exact du siège des dilatations variqueuses.

Le deuxième temps consiste à isoler le canal déférent assez facile à reconnaître grâce à sa consistance, et l'artère spermatique. Celle-ci chemine ordinairement à la partie supérieure du groupe veineux antérieur, et il est souvent difficile, même impossible de la distinguer des éléments du cordon. Elle court donc le risque d'être liée en même temps que les veines. Grâce à la conservation de l'artère déférentielle qui est intimement accolée au canal déférent et qni a été isolée avec lui (et parfois grâce aussi à la conservation de l'artère funiculaire qui se trouve au milieu des veines du groupe veineux postérieur), la nutrition du testicule est souvent sauvegardée; mais il n'en est pas toujours ainsi. Aussi a-t-on conseillé non sans raison de lier les plus grosses veines ectasiées du groupe antérieur après dénudation minutieuse, et de respecter les plus profondes.

Si la dilation était limitée au groupe veineux postérieur, la conduite à tenir serait naturellement plus simple.

La ligature elle-même est ou simple, répétée sur autant de vaisseaux qu'il paraîtra nécessaire, ou double, limitant

une courte portion de paquets variqueux que l'on sectionne entre les deux fils, ou une longue portion de ces paquets que l'on résèque. La plaie cutanée est ensuite fermée aux crins, sans drainage (1).

On peut ajouter, comme le fait Jacobson, à la section du segment compris entre deux ligatures, le rapprochement des deux bouts liés avec un catgut moyen. Le but de ce rapprochement est de raccourcir le cordon et d'essayer de rétablir la suspension normale du testicule plus ou moins ptosique.

La méthode de la ligature et de l'excision des veines a perdu beaucoup de partisans depuis quelques années, devant le *danger de provoquer l'atrophie de la glande par la section de l'artère spermatique.* Hutchinson (fils), qui a fait dë nombreuses recherches sur les vaisseaux du cordon spermatique, a pu se convaincre que l'artère, dont les battements sont souvent imperceptibles, chemine en général au milieu des troncs veineux, de sorte qu'on la lie presque toujours en même temps que ces derniers.

Tillaux, qui fut partisan de l'excision des veines, la préférait d'une façon génerale à la résectiou du scrotum, à moins que ce dernier ne fût très distendu. « On a reproché à la résection veineuse, dit-il (2), certains dangers : d'abord la *section du canal déférent*, accident sérieux chez un homme jeune, mais que les connaissances anatomiques permettent d'éviter ; puis la *section de l'artère spermatique.* Il est plus difficile de libérer et de conserver ce vaisseau profondément situé au milieu des veines dilatées et épais-

(1) Monod et Vanverts, *Traité de technique chirurgicale*, t. II.
(2) Tillaux, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1895.

sies, mais je ne crois pas que sa section entraîne, comme on l'a dit, l'atrophie du testicule. » La clinique démontre que bien des testicules n'ont pas perdu leurs fonctions après la suppression de leur artère principale. Terrier, Ferron, Carlier, ont fait la ligature simultanée des veines et des artères sans que la nutrition de la glande, selon leur opinion, en ait souffert ; Annandale, Fischer, Richelot, les ont excisées sans amener l'atrophie.

« Mais si la suppléance de la funiculaire et de la déférentielle peuvent suffire dans certains cas, dans d'autres elle semble précaire, et il faut se souvenir des faits malheureux signalés dans quelques observations. Il y a des cas incontestables d'eunuchisme, et les expériences de Joseph Miflet ont démontré que, chez le chien, le testicule est très impressionnable aux perturbations circulatoires dans les vaisseaux du cordon, qu'il s'agisse d'une interruption simultanée de l'apport sanguin et du débit veineux, ou simplement d'un arrêt dans la circulation veineuse du cordon. Les exemples cliniques sont d'ailleurs des plus nets ; Miflet cite deux observations de nécrose testiculaire après ligature et extirpation des paquets variqueux et de l'artère spermatique. Enfin ces opérations exposent dans des mains peu attentives à la section du canal déférent ; les rapports du cordon, la résistance naturelle de ses divers éléments, peuvent être changés par des phlébites antérieures, et le canal déférent, perdu au milieu de cette guangue, a pu être coupé. Nous en connaissons deux cas qui n'ont pas été publiés (1). »

En résumé, si certains opérateurs ont pu lier et exciser l'artère spermatique sans que la nutrition du testicule

---

(1) Forgue et Reclus, *Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. II, p. 927.

ait eu à en souffrir, grâce à la suppléance apportée par la funiculaire et la déférentielle, il est bon de ne pas trop compter sur cet heureux résultat, et le chirurgien aura toujours à la mémoire la triste fin de Delpech, assassiné, dit-on, par un opéré qu'il avait ainsi privé de ses fonctions génitales.

De plus, la résection des veines variqueuses, opération en théorie essentiellement et rationnellement très radicale, puisqu'elle a la prétention d'extirper la mal, ne l'est nullement en fait. Les *récidives* qui apparaissent après l'excision de la plus grande partie des plexus veineux ectasiés ne se comptent plus. Nous en publions un exemple dans une observation inédite que nous a communiquée obligeamment M. le professeur Parona (voyez observation XLII). Ce malade présentait une récidive un an après avoir subi la ligature et la résection des paquets variqueux, et de plus avait le testicule correspondant en fâcheux état. La récidive n'a rien d'étonnant, puisque les ectasies veineuses du cordon, non seulement se développent dans le scrotum, mais encore se rencontrent dans leur trajet intra-abdominal.

La clinique prouve donc que le procédé de cure radicale du varicocèle par action sur les veines (résection après ligature) ne constitue pas une méthode sûre et efficace.

C'est le danger de lier les artères spermatiques et déférentielles qui a amené *Narath*, professeur de clinique chirurgicale à Utrecht, à chercher une autre voie pour la réalisation de la cure chirurgicale des varices du cordon.

Ayant remarqué que les ectasies très développées des veines spermatiques coexistent très fréquemment avec un certain degré de dilatation du canal inguinal, Narath a eu l'idée de traiter le varicocèle par *la résection du tronc prin-*

*cipal ou des rameaux principaux de la veine spermatique dans le canal inguinal*, en fermant ensuite ce canal par le procédé que Bassini a préconisé pour la cure radicale des hernies inguinales.

« Narath (1) fait une incision de 10 cent. de long au-dessus du ligament de Poupart et dans la direction du canal inguinal. Il sectionne ensuite l'aponévrose du grand oblique. Le canal inguinal se trouvant ainsi ouvert sur toute son étendue, on attire au dehors le cordon spermatique avec le crémaster et la tunique fibreuse commune, et, après avoir fendu dans le sens longitudinal ces deux enveloppes, on aperçoit d'une façon très nette les éléments du cordon, notamment les veines dilatées qu'on dissèque entre deux ligatures, près de l'anneau inguinal interne. Les bouts centraux des vaisseaux se rétractent immédiatement et disparaissent dans la profondeur. On procède alors à la dissection des veines du côté périphérique, poursuivant leur isolement jusqu'à l'anneau inguinal externe, au niveau duquel on les coupe après une double ligature... »

On termine l'acte opératoire par la réfection du canal inguinal par le procédé de Bassini ; de plus, il faut attirer en haut le cordon spermatique sous lequel on fixe par quelques points de suture les fibres des muscles petit oblique et transverse au ligament de Poupart. Réunion de la plaie cutanée au crin de Florence.

Cette opération aurait l'avantage de favoriser la circulation veineuse collatérale dans toute l'étendue du scrotum, voies collatérales dont la suppression par les procédés usuels cause un grand préjudice à la facilité de la circula-

---

(1) L. Cheinisse. *Cure radicale du varicocèle par la résection veineuse dans le canal inguinal* (*Sem. Médicale de Paris*, 1900, p. 60).

tion en retour. Vivement critiquée à la Société de chirurgie de Paris (1), Lucas-Championnière condamne cette méthode qu'il accuse d'exposer à la récidive, et Poirier, qui est du même avis, pense qu'il vaut mieux posséder un canal inguinal intact, qu'un canal inguinal restauré par n'importe quel procédé.

B. — *Résection du scrotum.* — Nélaton avait observé qu'en diminuant la hauteur du scrotum à l'aide d'un anneau placé au-dessous des testicules on soulageait beaucoup les sujets atteints d'un varicocèle douloureux. C'était en somme un suspensoir d'un genre particulier.

C'est en s'inspirant de cette observation de Nélaton, et pour arriver au même résultat, que certains chirurgiens tentèrent de retrancher une portion de la peau du scrotum, afin de créer un suspensoir naturel.

L'idée de traiter le varicocèle par la simple résection du scrotum, exécutée déjà par Pierre Dionis, appartient à Astley Cooper qui la rajeunit et l'exécuta pour la première fois en 1839. Velpeau en 1844, Voillemier en 1854 en font une méthode de choix, mais les récidives et les accidents inflammatoires la font rejeter par les chirurgiens.

Elle a été tirée de l'oubli par Henry (de New-York) qui publia sur cette méthode, en 1871, plusieurs mémoires et dont elle porte le nom, aujourd'hui, injustement.

En France, Horteloup et son élève Edmond Wickham (1885) l'ont remise en honneur, et les professeurs Reclus et Le Dentu l'ont simplifiée et défendue. C'est elle que les

---

(1) Loison. *Traitement du varicocèle par le procédé de Narath* (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1900, p. 656-657 (Discussion).

chirurgiens emploient le plus fréquemment, seule ou combinée avec la résection des veines.

Voici en quelques lignes la règle de conduite du chirurgien :

L'excision, qui ne doit intéresser que la peau, s'étend en général aux deux moitiés du scrotum. Exceptionnellement, lorsque le relâchement des enveloppes n'existe que d'un seul côté, elle pourra être limitée à la bourse malade. Elle est indifféremment transversale ou antéro-postérieure : celle-ci au point de vue du résultat final et de l'aspect extérieur est préférable, la cicatrice se confondant avec le raphé médian.

Il est important, dit Wickham, de rappeler *qu'elle doit toujours être très large au point de paraître excessive.* En fait, il faudra conserver assez de peau pour que les testicules soient enveloppés sans pression douloureuse, et pour que l'érection ne soit pas entravée par la rétraction cicatricielle. Il y a là une question de mesure qui devra être appréciée dans chaque cas particulier, et qui est une réelle difficulté dans la scrotectomie.

L'opération nécessite l'anesthésie générale ; l'excision est le plus souvent faite à l'aide de pinces qui limitent la portion de peau à enlever. Elle peut être pratiquée à main levée, mais la ligne de section est ainsi moins régulière et il est moins facile de bien apprécier le sacrifice nécessaire.

Trois procédés sont actuellement employés par les chirurgiens :

*a*) *Résection sans clamp ;*

*b*) *Résection avec clamps spéciaux ;*

*c*) *Résection avec clamps ordinaires.*

A.— *Résection sans clamp.*— C'est la méthode de Lucas-

Championnière. Il fait maintenir les testicules contre les anneaux par un aide, il incise la peau et le tissu cellulaire qui aussitôt se rétractent fortement et mettent à nu les couches sous-jacentes; puis il comprend toutes autres tuniques dans une suture en chaîne, analogue à celle qu'il emploie dans la ligature du sac, dans la cure radicale de hernie. La chaîne étant complète, il excise en avant de celle-ci tous les tissus, et l'hémostase étant bien vérifiée sur la surface de section, il réunit sur cette première ligne profonde de sutures perdues, faites au catgut, la plaie scrotale par un second plan de sutures superficielles. Ce procédé est d'une exécution assez longue et met à peu près sûrement à l'abri d'une hémorragie.

B. — *Résection avec clamps spéciaux.* — Les principaux, clamps sont ceux imaginés par Henry, Horteloup, Bazy Dardignac, Baissas. Nous n'entrerons pas dans la description de chacun d'eux, cette étude ne se rattachant pas à notre sujet. D'ailleurs ils se ressemblent tous. En principe ils sont composés de deux lames métalliques incurvées qui s'adaptent l'une à l'autre par le moyen de vis placées à à chacune de leurs extrémités et qui sont percées de trous ou de fentes symétriques. Pour opérer, on commence par faire maintenir par un aide les testicules à l'anneau, par faire étaler en éventail pas un autre aide toute la portion du scrotum à réséquer, puis le chirurgien applique l'appareil. Il s'assure, avant de serrer les vis, que la prise est bien suivant la direction du raphé scrotal, depuis la racine de la verge jusqu'a l'insertion scroto-périnéale, en ne laissant du scrotum que l'étendue indispensable pour r couvrir les testicules, et, vers la racine de la verge, la quantité suffisante pour permettre l'érection.

« Ceci fait, le chirurgien est tranquille pour le reste de l'opération, passage des crins de Florence dans chacun des trous ménagés à cet effet, pincement des fils dans des pinces à forcipressure maintenues par un aide aussi loin que possible du champ opératoire, abrasion du scrotum en rasant le bord convexe du clamp, soit en un seul temps, en n'abrasant que quand tous les fils de la moitié antérieure auront été liés, ligature successive de tous les fils. L'opération est ainsi terminée à blanc, il ne reste plus qu'à enlever le clamp (1). »

C. — *Résection avec des clamps ordinaires.* — Le Dentu est le premier qui employa pour la résection du scrotum les pinces clamp qu'on utilise en chirurgie pour la prise du ligament large. Cet exemple a été suivi par la plupart des chirurgiens. Les temps opératoires sont sensiblement les mêmes que dans le paragraphe précédent.

On fait un pli transversal ou longitudinal à la peau du scrotum, en reportant les deux testicules en haut jusqu'au contact des anneaux. On applique au niveau de ce pli de longues pinces clamp, on résèque la portion de téguments située au-dessous des pinces, et avant d'enlever ces dernières on passe au-dessous d'elles un certain nombre de fils destinés à suturer les deux lèvres de la plaie. Le pansement doit être fait avec un grand soin, comprimant d'une façon égale ce qui reste du scrotum, et les tissus environnants.

A côté des succès et des beaux états de service que la résection du scrotum peut faire valoir à son actif, il ne faut pas oublier que cette méthode présente des inconvénients

---

(1) Double, *Cure radicale du varicocèle* (*Bulletin Médical*, 2 juin 1897).

contre lesquels se sont exercés vainement le sagacité et l'esprit inventif des chirurgiens. Ce sont *l'hémorragie et l'hématome post-opératoires.*

La pathogénie de ces accidents découle tout entière des notions anatomiques connues : les vaisseaux, artérioles et veines ectasiées, compris dans les enveloppes externes du scrotum (peau, dartos, couche celluleuse) sont sectionnés au début de l'opération. Le dartos, grâce à ses fibres musculaires lisses et à ses fibres élastiques, se recroqueville immédiatement avec la peau, et cette rétraction se maintenant tant que dure l'exposition à l'air ambiant, les vaisseaux ainsi comprimés ne laissent échapper que peu ou pas de sang. Mais lorsque le malade est reporté dans son lit et que la chaleur revient, le scrotum se relâche et les artérioles, cessant d'être comprimées, peuvent, quoique d'un faible volume, donner lieu à une hémorragie abondante qui s'infiltre dans la couche celluleuse. Celle-ci, grâce à son extrême laxité, se laisse envahir par le sang, d'où production d'un hématome quelquefois extrêmement volumieux, remplissant les bourses et mettant le chirurgien dans l'obligation de défaire sa ligne de sutures, et d'aller au milieu d'un amas de caillots à la recherche de vaisseaux ouverts, travail laborieux, dangereux par la porte si facilement ouverte à l'infection et à la suppuration. Cette complication est encore à redouter quand on opère après anesthésie à la cocaïne : sous l'influence vaso-constrictive de celle-ci, les vaisseaux d'un calibre moyen se ferment et ne se rouvrent que plus tard quand l'action de la cocaïne est terminée.

Le Docteur Piton (de Brest), pour parer à l'hématome post-opératoire si fréquent après la résection du scrotum, a imaginé de décortiquer une calotte sphérique de peau par une dissection sous dartoïque. Il termine par une suture de sou-

tien et suture les lèvres de la plaie au crin de Florence. Il aurait, dit-il, par ce procédé de *décortication du scrotum*, échappé à l'hématome (1).

Cependant *Dardignac* (2) affirme qu'*aucun procédé de résection ne met à l'abri de cette complication* et que tous les chirurgiens qui ont l'habitude de cette opération, résection simple ou combinée, savent que cette complication est quelquefois observée, inévitablement, sans même qu'il soit toujours possible ou facile de l'expliquer par quelque faute de détail.

Ce même chirurgien donne la pathogénie de cet accident qui dérive à la fois de causes anatomiques et de causes mécaniques.

Les *raisons anatomiques* tiennent, comme nous l'avons déjà vu dans la constitution particulière des enveloppes des bourses, dans la distribution des branches terminales de la honteuse externe sous la peau du scrotum, qui s'anastomosent avec les branches terminales de la honteuse interne, lesquelles se ramifient dans la cloison médiane et sous la peau des bourses.

Les *raisons mécaniques*, selon le même auteur, résident dans la confection du pansement appliqué aussitôt après l'opération. Celui-ci doit comprimer d'une façon égale tous les points de la région, depuis l'anus jusqu'aux aines et même toutes les parties péri et sus-péniennes, de façon à faire pour ainsi dire adhérer les enveloppes scrotales entre elles, ou tout au moins à les immobiliser et à lutter victo-

---

(1) Margerie, *La cure radicale du varicocèle par décortication du scrotum* (Thèse Bordeaux, 1900 1901).

(2) Dardignac, *Le varicocèle et son traitement* (*Rev. de chir.*, *1895*).

rieusement contre la chaleur qui, nous venons de le voir, en relâchant les tissus, fait disparaître la compression non seulement des artérioles, mais aussi de tous les vaisseaux (veines et capillaires), quand le dartos n'est plus rétracté, et occasionne ainsi les hémorragies que l'on veut éviter.

Que l'on se serve de clamps, ou que l'on se serve de longues pinces, le procédé, tel qu'il est employé par la plupart des chirurgiens, repose sur ce fait que les fils sont placés derrière ou au travers des branches métalliques et que l'on fait la suture dès que l'instrument est enlevé, sans se préoccuper de l'hémostase. C'est une manière d'agir dangereuse qui expose le malade à un volumineux hématome des bourses.

L'hémostase à ciel ouvert, conbinée avec suture retardée, est une opération laborieuse, tant à cause des ligatures (10 à 15) que des difficultés de l'affrontement et de la suture; elle a en outre l'inconvénient de sacrifier la cloison médiane qui se rétracte vers la racine des bourses, d'où danger d'hémorragie par les ramifications de l'artère de la cloison.

Nous venons d'étudier les inconvénients qui sont l'apanage de la résection du scrotum, et nous avons vu ainsi que la guérison peut être retardée par l'hématome. Il nous reste à examiner l'argument décisif, c'est-à-dire *la valeur curative de cette méthode.* Le but définitif, la guérison du varicocèle, est-il obtenu ?

Disons-le de suite, les cas de récidive sont assez nombreux. Cette opération ne donne pas toujours les résultats cherchés, puisque *sur 67 cas de varicocèle traités par scrotectomie, Annequin a constaté 21 fois des récidives.* On pourra nous objecter que sans doute la surface des téguments enlevés n'a pas été suffisante. Wickham dit bien qu'il ne faut laisser du scrotum que l'étendue indispensable pour recou-

vrir les testicules, et vers la racine de la verge la quantité suffisante pour permettre l'érection. La difficulté siège en effet dans l'appréciation de l'exérèse à faire.

D'autre part, en pratiquant la scrotectomie, on n'obtient qu'une orchidopexie par contention et on laisse certainement place à la récidive parce que la glande, après l'opération, continue à peser de tout son poids sur un plan dystrophié.

C. — *Résection combinée.* — L'opération combinée convient, suivant Tuffier, au varicocèle caractérisé par l'orchidoptose et la dilatation veineuse. On pratique d'abord en deux temps la résection des bourses, puis la résection des veines postérieures. On termine l'acte opératoire par la résection des veines antérieures, qui présentent deux difficultés importantes : éviter le canal déférent et l'artère spermatique.

Nous n'insisterons donc pas sur cette méthode, sachant qu'elle réunit les écueils de l'excision des veines, et de la résection du scrotum.

Faisons une dernière remarque en terminant : les chirurgiens font la résection du scrotum pour remplacer le suspensoir qui n'arrive plus à procurer le soulagement que le malade lui demande. Or le professeur Segond, doutant de l'efficacité de cette même méthode dont il est partisan, écrit (1) : « Rien n'est moins démontré que la cure vraiment radicale à la suite des opérations chirurgicales d'exérèse proprement dites... *Enfin, quel que soit le procédé employé, il faut craindre les récidives et les éviter en conseillant aux opérés l'usage ultérieur et prolongé d'un suspensoir.* »

---

(1) Segond. — Article Varicocèle. Dictionnaire Jaccoud.

Avant de clore ce chapitre, nous devons signaler un procédé ingénieux, mais non curatif, aujourd'hui à peu près abandonné : c'est *la ligature sous-cutanée en bourse du scrotum*.

Nimier (1) a imaginé de lier le scrotum au-dessous des testicules, après avoir refoulé ce dernier en haut vers le canal inguinal.

« De la main droite un aide tire et étale le scrotum, tandis que de la main gauche il refoule les testicules contre le pubis. Le chirurgien avec une longue aiguille de Reverdin perfore à gauche, au ras des doigts de l'aide, le scrotum étalé, fait suivre à l'aiguille la face profonde du derme sur la paroi antérieure du scrotum, et la fait ressortir du côté opposé; puis il retire l'aiguille qui entraîne avec elle un fil de soie. Celle-ci est alors réintroduite par la première piqûre et suit la paroi postérieure du scrotum comme elle avait suivi la paroi antérieure, pour ressortir par le même orifice, saisir le fil et le ramener à gauche. De cette façon le fil embrasse sous la peau toutes les tuniques du scrotum ; le chirurgien le serre, le noue, fronçant ainsi toute la partie inférieure du scrotum au-dessous des testicules. Autour de ce fil se développerait du tissu fibreux ; le segment inférieur des bourses, déshabité et oblitéré, reviendrait complètement sur lui-même. »

---

(1) Nimier, *Semaine Médicale*, 1898, n° 55.

# CHAPITRE III

## I. — PROCÉDÉ DE PARONA ET MODIFICATIONS QU'ON Y A APPORTÉES.

## II. ETUDE CRITIQUE ET AVANTAGES DE CE PROCÉDÉ.

### I. — Procédé de Parona et modifications qu'on y a apportées.

Créer un suspensoir séreux en retournant la vaginale et en la fixant au pubis et a l'anneau inguinal externe, tel est le procédé imaginé en 1899 par le chirurgien italien *Parona*, de Novare (1). C'est en s'inspirant des travaux d'Alessandri sur le cordon et le testicule, et des méthodes proposées par Jaboulay et Doyen pour le traitement de l'hydrocèle, que Parona a songé à employer le procédé auquel il a donné son nom.

« Alessandri, extirpant la vagiuale à des chiens, laissant

---

(1) F. Parona, *Nuovo metodo operativo per la cura del varicocela* (Policlinico, Roma, 30 Gennaio 1899).

le testicule en place dans le scrotum sans irriter la vaginale, et réunissant la plaie per primam, a remarqué la formation, entre les enveloppes externes et l'albuginée, d'adhérences mais pas assez fortes pour exercer une compression énergique, un étranglement de l'organe. De plus, en certains points, dit Alessandri, dans les expériences de longue durée, il semble qu'il y a formation d'espaces lymphatiques entre l'albuginée et les enveloppes externes, espaces qui pour cette raison sont restreints et ne permettent pas des mouvements propres à l'organe.

» Jaboulay opère l'hydrocèle en pratiquant une longue incision sur l'axe de la tumeur liquide, pénétrant jusque sur l'enveloppe fibreuse des bourses. Avec le doigt il rompt les adhérences qui unissent la tumeur aux parties voisines ; puis il luxe hors du scrotum le testicule avec sa vaginale distendue ; dans un deuxième temps il ouvre l'enveloppe fibreuse et la vaginale dans la partie correspondant à la face antérieure de la glande. Cette incision est faite sur toute l'étendue de la séreuse afin de pouvoir retourner plus facilement la vaginale revenue sur elle-même. La séreuse retournée est maintenue en place par un surjet au catgut, médiocrement serré. Le testicule est rentré dans le scrotum, la plaie fermée au fil métallique.

» Par contre, Doyen fait une petite incision de 25 millimètres à la partie supérieure du scrotum, par cette voie ouvre la vaginale dont il repère les bords avec deux pinces hémostatiques, puis, le liquide évacué, il tire au dehors la vaginale, la retourne complètement, et dans cet état la remet en place dans le scrotum.

» D'après l'exposé des méthodes de Jaboulay et de Doyen, on voit que, si le but que je me propose n'est pas le même, nous avons cependant dans l'exécution du manuel opéra-

toire beaucoup de points de contact qui sont : l'incision du scrotum, l'énucléation du testicule avec son enveloppe séreuse, et le retournement de la vaginale. Or, comme ces procédés m'ont toujours paru commodes, d'une exécution rapide, j'ai été ainsi amené à appliquer le retournement de la vaginale dans la cure du varicocèle (1). »

1° **Procédé de Parona classique.** — Le malade étant dans le décubitus dorsal, on fait l'anesthésie générale au kœlène, ou bien on peut se contenter d'anesthésier la région au moyen d'injections traçantes, d'un centimètre cube chacune, de la solution de cocaïne à 1 pour 100, suivies d'une même injection dans le tissu cellulaire sous-cutané. La région est comme d'habitude rasée, savonnée, aseptisée. Le plateau des instruments est aussi simple que possible ; il contient :
Un bistouri,
Une pince à disséquer,
Une sonde cannelée,
Trois pinces de Kocher,
Une aiguille de Reverdin,
Des griffes de Michel.

Premier temps. — Incision verticale de six centimètres environ, depuis l'orifice externe du canal inguinal jusque sur le collet de la bourse. Pour exécuter avec commodité les autres temps, l'incision doit porter sur la partie antéro-latérale du scrotum : on pourra aisément refouler en haut et en dedans le cordon, et de plus, après la guérison, on aura une cicatrice latérale invisible.

---

(1) Parona, *loco citato*.

Deuxième temps. — On isole avec soin le testicule recouvert par sa séreuse, des tissus voisins, on l'énuclée de sa loge scrotale au moyen du doigt et de la sonde cannelée, en prenant garde de ne pas blesser la vaginale qui est quelquefois très mince.

Troisième temps. — On soulève le testicule et le cordon, on saisit la vaginale avec une pince à disséquer, on s'assure que le testicule est mobile dessous, et on incise la séreuse sur le bord libre de la glande, à égale distance des extrémités de l'épididyme. Cette boutonnière doit être suffisamment large pour livrer passage au testicule et pour permettre de retrousser la poche en haut, de façon que l'ouverture par où sortira le testicule puisse s'aboucher à l'anneau iguinal externe.

Qmatrième temps. — On fait sortir le testicule par cette boutonnière et trois pinces de Kocher repèrent l'angle postérieur et les deux angles antéro-latéraux de l'infundibulum ainsi créé. La face pariétale de la séreuse est ainsi en rapport avec les divers éléments du cordon qu'elle engaine. Afin que les veines ectasiées ne fassent pas trop de volume et soient parfaitement contenues dans le sac, il suffit de tenir le testicule soulevé pendant quelques secondes. Le but de cette manœuvre est d'amener l'affaissement des veines qui se vident ainsi que leur contenu.

Cinquième temps. — Ceci fait, trois points de suture au catgut fixent : l'angle postérieur du sac au périoste pubien, l'angle antéro-externe au pilier externe de l'anneau inguinal et l'angle antéro-interne au pilier interne. On doit s'assurer au préalable que le testicule est dans sa situation normale et que le cordon n'a subi aucune torsion.

Si la vaginale est trop grande, on la rétrécit avec une suture en surjet, dans le sens longitudinal. Parona a aussi prévu le cas où les plexus variqueux très développés ne pourraient pas être totalement contenus dans la vaginale, Il conseille alors, avant d'ouvrir et de retourner la vaginale, de découvrir et d'isoler les veines les plus grosses, d'en faire la double ligature et de rapprocher les deux bouts. « Je fais, dit-il, la découverte des veines à la partie supérieure du cordon, étant en ce point plus faciles à isoler, et plus en harmonie avec ce que l'anatomie pathologique nous enseigne. »

Sixième Temps. — Suture cutanée aux crins de Florence, ou aux griffes de Michel.

Ce procédé, comme on le voit, est remarquable par la simplicité du manuel opératoire, il n'exige pas d'instrumentation spéciale, et il suffit de quelques minutes pour obtenir ainsi la suspension et la contention des varicosités du cordon.

Après l'intervention on couvre la plaie avec un pansement aseptique maintenu en place par un bon spica double exerçant une pression suffisante et modérée sur la région.

Les suites opératoires sont très simples ; on lève les griffes le 5e jour, ou bien les crins de Forence le 7e jour. La réunion per primam est obtenue.

Ce manuel opératoire a été exécuté en Italie depuis l'année 1898 par le sénateur *Parona*, chirurgien des hôpitaux de Novare, par *Cometti*, médecin-major à Novare, et par *Visconlini*, élève de Parona, sur 41 sujets. En France cette opération est très peu répandue. *Nimier* (du Val-de-Grâce) a pratiqué neuf fois cette méthode ; *Spillmann* (de Sfax) présente, dans les Archives provinciales de chirurgie de 1902,

une série de 14 observations personnelles suivies de succès. *Mauclaire,* en 1902, a opéré deux malades avec résultat immédiat excellent. *Jonnesco* présente en 1903 à la Société de chirurgie de Bucarest un malade traité par le procédé de Parona.

Nous donnerons une série de huit observations inédites de malades opérés dans le service hospitalier ou à la Clinique privée de notre maître M. le *Dr Roux de Brignoles.* Chez tous ces sujets l'opération a été suivie de succès immédiat, et définitif chez ceux qui ont été revus plusieurs mois et même près de deux ans après.

2° **Modifications apportées au procédé typique.** — *Longuet* a modifié sur quelques points de détail le procédé de Parona et l'a décrit sous un nom nouveau ; c'est ce qu'il appelle la *chirurgie réparatrice du varicocèle par la transposition extra-séreuse du testicule.* Il en donne la prescription dans plusieurs publications : le *Progrès médical,* la *Gazette des Hôpitaux,* la *Presse Médicale,* et la thèse de son élève *Pélicier.*

Nous ne croyons pas cependant, comme l'affirme Pélicier, que la méthode de Longuet diffère « totalement de celle suivie par Parona » ; nous allons voir qu'elle est un peu modifiée, mais surtout compliquée.

Voici en quoi consiste la méthode « *phlébo-orchido-vagino-scrotopexique* » obtenue par Longuet au moyen de la transposition extra-séreuse du testicule. Nous empruntons à la thèse de Pélicier (1) la description du manuel opératoire.

---

(1) Pélicier, *La transposition opératoire du testicule, Méthode et Procédé de Longuet* (Thèse Paris, juillet 1902).

Premier Temps. — Incision cutanée prétesticulaire de 4 à 5 centimètres. Voici comment se fait cette incision. Un pli cutané est formé, puis fixé d'un côté par l'aide, de l'autre par l'opérateur à l'aide d'une pince à griffes. Au milieu, juste sur la raie d'anesthésie, un seul coup de ciseaux donné bien perpendiculairement amorce l'incision sans une seule goutte de sang. Ce pli étant effacé, si l'incision est trop petite, elle est agrandie en glissant l'une des lames de ciseaux horizontaux par en haut et par en bas, au-dessous de la peau, de manière à n'inciser que cette peau seulement.

Puis, vers la partie moyenne de la plaie, pinces à griffes et ciseaux commencent à soulever et à couper successivemant une série de petits plis jusqu'à ce qu'un pli de la vaginale, hernié et pincé comme la peau, se trouve sectionné. Une pince est placée sur chaque lèvre de l'incision vaginale comme repère, et les plans vaginaux précelluleux sont refoulés, en haut et en bas, avec la pointe des ciseaux fermés sur une étendue qui égale celle de l'incision cutanée, mais sans rien couper, afin d'éviter tout écoulement sanguin. Pour transformer maintenant la boutonnière vaginale en une incision vaginale de même longueur que la plaie cutanée, il suffit d'inciser la séreuse aux ciseaux en évitant les fins vaisseaux qui parfois cheminent en serpentant sur la face externe de cette tunique. Au cas où le malade est endormi, on peut procéder à l'agrandissement vaginal par divulsion digitale, ce qui donne une tranche vaginale encore plus exsangue que celle qui est obtenue par la section aux ciseaux. En résumé, ce temps d'ouverture de la vaginale aux ciseaux rappelle celui d'ouverture du péritoine par soulèvement et section de plis successifs de prudence destinés à éviter la blessure de l'intestin dans toute laparotomie.

Deuxième temps. — Engainement fibro-séreux du cordon après luxation temporaire du testicule.

La luxation du testicule se fait différemment suivant que le malade est endormi ou non. Dans le premier cas, le testicule est tout simplement pris avec les doigts au fond du scrotum, puis extériorisé. Mais, en cas d'anesthésie locale, il faut beaucoup plus de ménagements et éviter tout contact et toute prise digitale du testicule, en refoulant et en glissant cet organe d'arrière en avant par pression médiate à travers les téguments scrotaux postérieurs.

Jusqu'ici on voit qu'il y a bien peu de différence avec la méthode de Parona. Voici maintenant quelques points de détail qui en diffèrent. Longuet fait l'engainement fibro-séreux du cordon par une suture en surjet, il entoure le cordon avec la vaginale et fixe cette dernière en haut, à l'anneau inguinal externe, et en bas à la fibreuse commune (orchido-phlébopexie). Au lieu d'un engainement vrai du cordon par la vaginale retournée (Parona), c'est un encerclage du cordon par la vaginale.

Troisième temps. — Transposition supéro-interne du testicule et suture cutanée transversale. Ce troisième temps s'exécute en creusant *très haut*, à l'origine des bourses, contre la cloison et dans le tissu cellulaire, avec les deux index introduits dos à dos, une petite loge de réception où le testicule, suivi du cordon engainé, est glissé, pôle inférieur en premier. De cette transposition, il résulte la formation d'un mésotestis antérieur sous-cutané, élément très efficace *d'orchidopexie* antérieure qui corrige la ptose testiculaire. Pour assurer une fixation juxtaseptale très efficace, cette vagino-orchidopexie est complétée à ses deux extrémités, en passant les deux chefs initial et terminal du

surjet dans le tissu de la cloison où ils sont noués ensemble très haut dans cette cloison. Reste à rectifier la *scroloptose*. C'est ce qu'on obtient en suturant *transversalement* l'incision cutanée longitudinale et, au besoin, si cette suture paraît insuffisante, en relevant tout le scrotum par une suture circonférentielle en bourse, placée à ciel ouvert autour de l'incision cutanée, avant que la peau ne soit suturée.

Devons-nous maintenant différencier complètement la méthode de Longuet de celle de Parona ? Nous ne le croyons pas. Tous deux, en effet, cherchent à réaliser la cure du varicocèle en pratiquant l'orchidopexie par la même voie ; retournement de la vaginale et fixation de celle ci à l'anneau inguinal externe. Comme l'opération de Longuet dérive de celle dont Parona est l'auteur, nous ne ferons par suite aucune différence au point de vue curatif et nous citerons à l'appui de notre travail les six observations publiées dans la thèse de Pélicier.

Le *Dr Martel* (de Saint-Etienne) a pratiqué quatre fois la cure du varicocèle par le procédé de Parona ; au cours de ces interventions, il a modifié légèrement la technique du chirurgien italien sur deux points seulement (1) :

1° Il substitue le *retournement fibro-séreux* de la vaginale au retournement séreux simple, dans le but d'éviter la torsion possible du cordon dans les manœuvres d'extériorisation du testicule ou de suture de la vaginale aux piliers inguinaux. Pour cela, il ne poursuit que très peu le décollement de la vaginale pariétale après incision de la fibreuse et

(1) J.-Ch. Magnin, *Du traitement opératoire du varicocèle par le procédé de Parona* (Thèse Lyon, 1903-1904, n° 7).

en retournant simplement la vaginale par-dessus et autour des lèvres d'incision de la fibreuse. Ce retournement est maintenu à l'aide de deux points de catgut passés à travers l'espèce de méso-cordon postérieur constitué par la partie postérieure de la celluleuse non décollée. Les deux lèvres de la vaginale sont ainsi retournées sans arriver en contact immédiat, puisqu'elles restent séparées par cette cloison celluleuse. Le testicule y gagne un bourrelet vaginal, sorte de prépuce dans lequel il est enchâtonné.

2° Il opère une *scrotectomie complémentaire* dans un but purement esthétique. Le Dr Martel, en effet, aurait été frappé de l'aspect disgracieux que présentait le scrotum de l'opéré; il restait, pendant au-dessous du testicule, un lambeau de peau long de plusieurs centimètres.

Le *professeur Jonnesco* (de Bucarest) a eu l'occasion d'opérer depuis 1899 une série de 41 cas de varicocèle. Chez tous ces malades, il a toujours employé le procédé de Parona, *soit typique* (dans 12 cas), *soit complété par la résection d'un paquet veineux* ou des deux (dans 21 cas), *soit combiné* à la fois à la scrotectomie (suspenseur scrotal) et à la résection veineuse (dans 6 cas). Il a toujours obtenu d'excellents résultats.

## II. — Étude critique et avantages du procédé de Parona.

1° *Quels inconvénients peut-on reprocher à cette méthode ?* — Ils sont au nombre de trois ; nous allons successivement les passer en revue.

Et d'abord, le testicule, privé de son enveloppe séreuse,

n'est-il pas susceptible de contracter des adhérences qui seraient de nature à altérer la vitalité de son tissu glandulaire ?

Cette objection serait suffisante à elle seule pour faire rejeter du même coup du domaine de la chirurgie les opérations de Jaboulay, de Doyen et de Parona, si pareil résultat arrivait après le retournement de la vaginale.

En effet, le Dr *Benassi* (*Gazzetta degli Ospedoli e delle Cliniche*, n° 15, 1901) se basant sur les recherches d'Alessandri sur les altérations qui peuvent atteindre le testicule après l'ablation de la vaginale (altérations qui atteindraient l'épithélium des canalicules de la zone périphérique et qui, selon Alessandri, auraient de la tendance à augmenter avec le temps), en vint à conclure que, pour le danger sérieux que courait le testicule, on devait user avec réserve de ce procédé, si logique qu'il pût paraître.

Reprenant les travaux d'Alessandri, le *Dr Viscontini* a fait d'intéressantes recherches sur ce sujet à l'hôpital de Novare, ensuite à Turin, au laboratoire de bactériologie dirigé par le professsur Bruschettini. Il est arrivé aux conclusions suivantes (1) :

Le testicule, qui a déjà acquis son développement normal, subit après l'éversion de la vaginale et sa fixation des modifications portant principalement *sur les canalicules de la portion périphérique de la glande*. On y peut voir, peu de temps après l'expérience, deux couches de cellules seulement ; il y a des signes de dégénérescence, peu de figures caryokinétiques, les spermatozoïdes sont très clairsemés. Au con-

---

(1) Viscontini Carlo, *Il varicocèle, eziologia, patomatologia, cura, ricerche e considerazioni* (Tesi di laurea. Torino 1902).

traire, dans la région centrale du testicule, on note toujours une plus grande résistance et une plus grande vitalité glandulaire.

Si l'on examine le testicule à une date assez éloignée de l'expérimentation, *on voit le testicule revenir à sa forme et à ses conditions normales*, l'activité se réveille là même où les altérations étaient plus sérieuses, et à une époque plus avancée encore la glande a repris ses fonctions normales.

Viscontini, qui a fait ses expériences sur des chiens adultes, a cherché aussi *quel effet pourrait produire l'éversion de la vaginale sur un testicule n'ayant pas encore atteint sa période d'activité.* Après avoir expérimenté sur des chiens au-dessous de 4 mois, il est arrivé aux conclusions suivantes :

Le testicule, d'un faible volume avant l'opération, n'est ensuite pas gêné dans son accroissement. A l'examen microscopique on trouve à la partie périphérique de l'organe quelques altérations de l'épithélium des canalicules; à la partie centrale, le tissu conjonctif intra-canaliculaire n'est pas augmenté, la caryokynèse est peu active, mais on note la présence de spermatozoïdes soit isolés, soit réunis en faisceaux. En un mot, le testicule offre l'aspect d'un organe qui va bientôt être en pleine activité.

Et ceci est encourageant pour le chirurgien qui peut, sans nul souci pour l'avenir des fonctions reproductrices de ses opérés, intervenir sur la vaginale, aussi bien des adultes que des adolescents dont la glande n'a pas encore acquis le maximum de développement.

De plus, tous les chirurgiens qui ont adopté ce procédé sont unanimes à constater que les résultats sont satisfaisants à la longue : le testicule dépourvu du feuillet pariétal de sa tunique vaginale n'a contracté aucune adhérence avec les

tissus voisins, il est complètement libre et mobile dans le scrotum, sans aucune apparence d'atrophie. Des adhérences qui ne déterminent aucune gène existent seules au niveau de l'anneau inguinal et du pubis, ce qui s'explique aisément, puisque le procédé consiste à obtenir une union intime et solide de la vaginale retournée avec ces différentes parties.

Enfin, dans plusieurs observations, on peut voir que le testicule du côté atteint qui se trouvait d'un volume moindre que son voisin au moment de l'opération, avait quelques semaines ou quelques mois après repris ses dimensions normales. Ceci prouve que la glande, menacée de lésions qui auraient pu devenir irréparables avec le temps, avait bénéficié, à la suite de l'intervention, de la régularisation de la circulation sanguine.

Un deuxième inconvénient à reprocher à la méthode de Parona est *la torsion possible du cordon* pendant les manœuvres d'extériorisation du testicule ou de suture de la vaginale aux piliers de l'orifice inguinal. Cet inconvénient, signalé déjà par Parona, est facile à éviter si l'on a soin de faire une incision un peu latérale ; le cordon est facilement refoulé en haut et en dedans, il est maintenu par un aide dans cette position. La face antérieure du pubis devient ainsi des plus abordables. On passe un catgut de bas en haut, avec l'aiguille courbe dans, le tissu fibreux de la face antérieure de l'os, on le passe ensuite dans la partie postérieure du sac, facilement reconnaissable à la pince qui la repère plus ou moins haut, suivant la longueur jugée nécessaire, et il n'y a plus qu'à lier. L'aide laisse ensuite le cordon reprendre sa posilion normale; on fixe la partie antéro-externe du sac vaginal au pilier externe et la partie antéro-interne au pilier interne (Spillmann).

Enfin le troisième inconvénient à redouter est *la fixation trop adéquate du testicule à l'anneau, contre le pubis*, ce qui pourrait entraîner une gène notable et des douleurs par suite de cette disposition vicieuse. Il est bien rare que la vaginale soit assez petite pour obliger le testicule à être fixé très haut ; toutefois, si ce cas se présentait, on n'aurait qu'à fixer la vaginale à la partie la plus élevée des enveloppes des bourses. Le résultat obtenu serait le même, car la vaginale, de par son origine péritonéale, tend à produire très vite des exsudats adhérents, du tissu rétractile qui la maintienne bien en place. Par suite, les veines engainées solidement dans ce sac, réduites à ce petit espace, n'auront pas de tendance à s'ectasier et pourront à la longue subir un certain degré d'atrophie.

2° **Avantages de cette méthode.** — L'opération de Parona présente dans sa technique et dans ses résultats des avantages sérieux que nous allons mettre en vue.

Tout d'abord elle ne nécessite aucune instrumentation spéciale, l'anesthésie au chloroforme n'est pas indispensable, on peut opérer à la cocaïne ou, comme le fait souvent notre maître M. le docteur Roux de Brignoles, anesthésier le patient au kœlène. La durée de l'intervention est très courte. Enfin, par la simplicité du manuel opératoire et la facilité d'exécution, le procédé de Parona est accessible à tous les praticiens.

L'opération terminée, on recouvre la plaie avec un pansement ouaté aseptique, maintenu par un spica double comprimant tous les tissus environnants. Les suites opératoires sont normales : On retire les griffes le 5me jour. La réunion

per primam est obtenue et le malade peut quitter l'hôpital à partir du 10me au 15me jour.

Comme effet immédiat, ce qu'il y a de remarquable à noter, c'est la *disparition de la douleur* chez tous les malades, dès les premiers jours qui suivent l'intervention. D'autre part la bénignité de l'acte opératoire permet aux opérés de reprendre assez vite leur travail.

Nous avons observé cependant, trois fois, un retard dans la guérison, par la production d'un hématome. Cette complication, due à des mouvements intempestifs, ou à la reprise trop hâtive d'un travail pénible, n'a pas empêché la guérison d'être définitive. Il est prudent, pour obvier à cet inconvénient, de faire exercer une surveillance attentive autour des opérés, afin de les empêcher de se lever et de travailler. Une convalescence de 8 à 15 jours même doit leur être recommandée afin de laisser aux tissus le temps de se cicatriser.

Cette convalescence terminée, l'opéré peut désormais reprendre n'importe quel métier (marin, soldat, cavalier, cultivateur, wattmann, etc...), *sans avoir recours au suspensoir qui l'incommodait et n'arrivait plus à le soulager.* Il ne ressent plus ni gêne, ni douleurs; le scrotum, qui descendait plus bas du côté atteint, reprend peu à peu, quelquefois très vite une longueur normale. Le testicule, bien fixé, suspendu par la vaginale qui le soutient, ne tiraille plus par son poids les éléments du cordon ; c'est ainsi qu'il faut expliquer le soulagement rapide apporté aux douleurs du malade par la suspension vaginale: elle fait disparaître cette sensation pénible de gêne, de pesanteur dans les bourses, ces irradiations douloureuses du côté des lombes, se produisant quelquefois à la suite de la moindre fatigue. Le testicule fixe et immobile pendant les premiers jours ne

tarde pas à recouvrer dans la suite sa mobilité antérieure, il glisse librement sous les enveloppes qui l'entourent, et bénéficie pour une large part des avantages produits par la régularisation de la circulation en retour. En effet, la glande génitale, qui avait pu diminuer de volume sous l'influence d'une circulation défectueuse, ne tarde pas, grâce à la suppression de la stase veineuse et des troubles trophiques consécutifs, à reprendre toute son intégrité. Les veines du cordon dilatées sont refoulées, contenues, réduites comme une hernie, leur lumière y est diminuée, la tumeur variqueuse est considérablement réduite de volume.

Enfin un dernier avantage est à l'actif de la méthode de Parona: lorsqu'on se trouve à la fois en présence d'une *hernie inguinale et d'un varicocèle* concomitant, on peut, sans augmenter de plus de cinq minutes la durée de l'intervention, faire suivre le *procédé de Bassini* (pour la cure radicale de la hernie) du *procédé de Parona* : l'incision en effet est toute tracée, il n'y a plus qu'à isoler le testicule, retourner la séreuse et la fixer à l'orifice du canal inguinal restauré.

# CHAPITRE IV

## I. — VALEUR COMPARATIVE DES PROCÉDÉS EN PRÉSENCE.

## II. — INDICATIONS

### I. — Valeur comparative des procédés en présence

De toutes les méthodes sanglantes imaginées pour guérir le varicocèle, trois actuellement restent en présence,

La *résection des veines*,

La *résection du scrotum*,

Le *retournement et la suspension de la vaginale*.

Pour établir un parallèle entre ces différents procédés, nous devrons examiner tour à tour dans chaque intervention l'*innocuité*, l'*efficacité* et la *commodité* pour le malade, la *facilité* pour le chirurgien.

1° *Innocuité*. — Le grand écueil de l'excision des veines

est la difficulté d'éviter l'artère spermatique. Ne pas lier le canal déférent est chose facile ; grâce à sa consistance et à sa forme cylindrique, il roule sous le doigt, et peut être facilement reconnu. Mais ne pas lier et ne pas exciser l'artère spermatique, c'est une question plus délicate. En effet, cette artère est d'un petit calibre, ses battements sont rarement perceptibles, elle serpente au milieu du lacis veineux ; la découverte en est toujours très difficile. Certains chirurgiens peuvent prétendre que la section de ce vaisseau ne tire pas à conséquence ; malgré leur opinion, il est prudent de ne pas négliger l'avenir du testicule, attendu que l'intervention est toujours pratiquée sur des jeunes gens ou des adultes.

La résection du scrotum est une opération bénigne à ce point de vue, puisqu'elle ne touche pas aux éléments du cordon. Elle a cependant son écueil, c'est l'hématome, relativement fréquent, comme le prouvent les nombreux clamps imaginés pour parer à cet inconvénient.

Le procédé de Parona, au contraire, nous met à l'abri de tout danger pour la glande génitale. Nous avons vu que l'éversion de la vaginale non seulement ne compromet pas son avenir; mais ramène à l'état normal le testicule menacé, mais non encore atteint d'atrophie. Cet heureux résultat ne se rencontre pas après l'excision des veines qui, par la suppression de la circulation collatérale, crée des troubles trophiques, se traduisant quelquefois au dehors par de l'œdème du scrotum, au dedans par une nutrition ralentie du testicule.

De plus, l'opération du chirurgien italien se borne à peu de chose ; on ne supprime rien, ni peau, ni vaginale, ni veines (dans le cas de varicocèle moyen) ; par suite diminu-

tion des dangers que peut courir le malade avec les autres méthodes dans des mains moins bien exercées.

2° *Efficacité.* — Les récidives qui apparaissent après l'excision des veines ne se comptent plus ; les veines du cordon, en effet, sont souvent variqueuses, ou le deviennent plus tard, dans leur trajet intra-abdominal, et le testicule, par son propre poids, tiraillant les éléments du cordon, il n'est pas étonnant de voir reparaître, au bout d'un temps variable, le plexus dilaté dans le scrotum.

La résection du scrotum n'est pas à l'abri de ce reproche. Le médecin principal Annequin, sur 67 opérés, a constaté 21 récidives. Murray (de New-York) déclarait, il y a quelques années, que la scrotectomie, après avoir été très en vogue dans cette ville, avait été suivie de si nombreuses récidives, que beaucoup de chirurgiens l'avaient abandonnée.

L'opération de Parona a été publiée en 1899; elle n'a donc que 6 ans de pratique. *Nous avons pu néanmoins recueillir un total de 130 cas opérés suivant cette technique.* Une grande partie de ces malades ont été revus quelques mois, un an et même deux ans après l'intervention. Aucun cas de récidive n'a été signalé. Les varicosités diminuent de volume, étant réduites à l'étroit dans le suspensoir vaginal, et chez plusieurs opérés on ne percevait plus les paquets veineux. Dans tous les cas le résultat thérapeutiqne immédiat a été excellent, et le résultat éloigné n'a infirmé en rien le bénéfice obtenu.

3° *Commodité.* — Aucun des opérés n'a gardé le suspensoir, tous ont pu reprendre leurs occupations 15 jours ou 3 semaines après l'opération ; les douleurs et la gène n'ont

jamais reparu. Au point de vue esthétique même, l'intégrité du scrotum doit entrer en cause : au lieu d'un scrotum rabougri, collé au périnée, véritable « *scrotum de chien* », produit par une large résection, l'opération de Parona ne modifie pas l'aspect des bourses, la cicatrice latérale est imperceptible.

4° *Facilité.* — Nous avons vu, dans les chapitres qui précèdent, que l'excision des veines, la résection du scrotum, ou la résection combinée des veines et du scrotum, qui ne mettent pas d'une façon certaine à l'abri de la récidive, sont des opérations plus graves, plus difficiles, d'une technique plus compliquée et beaucoup moins à la portée de l'ensemble des praticiens. C'est pour ces diffférentes raisons que nous donnons la préférence au procédé de Parona qui plus facile, plus bénin, plus rapide comme exécution, donne le maximum de garanties pour l'avenir du testicule et contre la récidive.

## II. — Indications

Dans quel cas serons-nous autorisés à faire la cure chirurgicale du varicocèle? Les porteurs de cette infirmité sont nombreux et dans la plupart des cas le traitement palliatif suffit pour atténuer la gène et les douleurs qu'elle cause aux patients. Nous n'entrerons pas dans le détail des divers moyens palliatifs employés contre le varicocèle : un bon suspensoir et quelques soins hygiéniques (lotions froides, hydrothérapie) constituent le meilleur traitement du varicocèle dans la grande majorité des cas. Nous pensons cependant que le traitement palliatif n'est indiqué que dans les

varicocèles bénins et pour les individus dont la position sociale leur permet de vivre sans se livrer à des exercices violents ou à des travaux pénibles.

Des considérations d'ordre mental légitiment-elles la cure radicale du varicocèle? Il est bien digne de remarquer que la simple constatation d'un varicocèle même peu volumineux et peu douloureux suffit pour amener une préoccupation constante et un abattement profond. Ce résultat sera plus sûrement et plus rapidement atteint, si la tumeur présente un volume considérable, si elle devient le point de départ de névralgies intenses ou d'atrophie testiculaire, si elle s'accompagne d'impuissance, si elle brise une carrière et empêche un mariage. Il est prouvé que la suppression de cette affection a une telle influence sur le moral des individus, qu'il paraît impossible au chirurgien de refuser en pareil cas son intervention. « Ce ne sont pas seulement les forces physiques qui semblent déprimées par le varicocèle, dit Vidal de Cassis (*De la cure radicale du varicocèle*), l'esprit lui-même en reçoit des atteintes réelles. Comme le corps, il devient paresseux et lent, et il n'a rien de viril dans ses conceptions et dans ses œuvres, un pareil état jette sur la vie un ennui ; aussi les idées de suicide ne sont-elles pas extrêmement rares chez ces malades. »

Enfin le varicocèle peut être un cas de réforme.

En résumé, quand chez un malade sain d'esprit on constate un varicocèle peu volumineux, peu douloureux, sans atrophie testiculaire, il faut se contenter de lui faire porter un suspensoir. Le plus souvent ce traitement sera suffisant. Mais quand, après un temps variable, on a fait usage du traitement palliatif, non seulement on peut, mais on doit intervenir :

1° Lorsque le varicocèle est volumineux et s'accroît;

2° Lorsqu'il est très douloureux ;

3° Lorsqu'il est une cause de réforme et d'incapacité pour le travail ;

4° Lorsque le testicule du côté malade s'atrophie, surtout si celui du côté opposé n'est pas sain, pour des raisons différentes ;

5° Si le varicocèle a une influence marquée sur l'équilibre des facultés mentales ;

6° Enfin on peut débarrasser le patient d'un varicocèle lorsque celui-ci coïncide avec une autre affection, l'*hydrocèle*, la *hernie inguinale*. Dans ce dernier cas, en opérant la cure radicale de la hernie par le procédé de Bassini, on aura tout avantage à traiter simultanément le varicocèle par le procédé de Parona. Cette circonstance s'est présentée 16 fois dans les observations que nous publions. Dans ce cas, la cure du varicocèle passe au second plan, et le retournement suivi de la fixation de la vaginale n'est plus que le complément accessoire de l'opération.

Ceci posé, il ne nous reste plus qu'à déterminer si tous les cas de varicocèle sont justiciables de la technique de Parona.

Dans une leçon faite à l'hôpital Lariboisière, *Tuffier* (1) admet trois variétés dans le varicocèle, savoir :

L'ectasie veineuse pure et simple ;

L'orchidoptose sans dilatation veineuse ;

La variété mixte qui réunit les deux précédentes.

Pour ce chirurgien, non seulement le varicocèle comprend des états anatomiques bien différents, « *mais il n'est souvent*

---

(1) Tuffier, *Les varicocèles et leur traitement* (*Presse Médicale*, 20 septembre 1899, n° 75).

*qu'un des éléments d'une maladie générale caractérisée par une insuffisance physiologique des tissus.* » A chaque variété pathologique, il oppose une thérapeutique différente. Ainsi il emploie dans le premier cas la ligature et l'excision des veines, dans le second cas la résection du scrotum ; enfin, il traite la variété mixte par la résection combinée du scrotum et des veines.

Nous faisons des réserves sur la première variété : de tels faits doivent être rares ; les veines se dilatent difficilement lorsqu'elles sont exactement contenues dans les tissus qui les enserrent. Le varicocèle est généralement précédé par un premier stade, l'orchidoptose. Le suspenseur vaginal (Parona) combat à la fois l'orchidoptose et la dilatation veineuse : il élève le testicule et engaine les vaisseaux. Le scrotum n'étant plus, par le poids de la glande et de la colonne sanguine, sollicité de se dilater, reprend sa tonicité et retourne à ses dimensions normales.

Mais dans le cas où le nombre et le volume des vaisseaux ectasiés ne permettraient pas à la vaginale de les contenir suffisamment, il est tout indiqué, avant d'ouvrir et de retourner la séreuse, d'en faire la double ligature et de rapprocher les deux bouts liés avec un catgut moyen, suivant la technique que nous avons déjà indiquée. On agit alors soit sur le faisceau antérieur, soit sur le faisceau postérieur, suivant le maximum de la lésion. Enfin, dans des formes cliniques plus rares, où le relâchement du scrotum étant très prononcé, la bourse du côté atteint descend jusqu'à mi-cuisse, nous croyons qu'il y a tout avantage, pour ne pas laisser pendre au-dessous du testicule un lambeau de peau long et disgracieux, à compléter l'intervention dans un but esthétique, par la résection partielle du scrotum.

M. *le professeur Jonnesco*, qui a présenté à plusieurs re-

prises, à la Société de chirurgie de Bucarest, des malades opérés par le Parona, a bien voulu nous communiquer son opinion à ce sujet:

« Ma pratique, écrit-il, m'a prouvé qu'au point de vue clinique le varicocèle peut se présenter sous les formes suivantes:

» 1° Varicocèle complet où l'ectasie veineuse exagérée s'accompagne d'orchidoptose et de relâchement du scrotum très prononcés :

» 2° Varicocèle avec ectasie veineuse prononcée et légère orchidoptose ;

» 3° Varicocèle avec ectasie veineuse sans orchidoptose;

» 4° Varicocèle sans ectasie veineuse ou à peine indiquée mais avec orchidoptose et léger relâchement du scrotum, nécessitant l'intervention chirurgicale à cause des douleurs insupportables qui l'accompagnent.

» La forme la plus fréquente est la seconde, la plus rare est la troisième.

» Depuis 1899, je pratique l'opération de Parona, tantôt associée soit à la résection du ou des paquets veineux, soit à la réseclion combinée des veines et du scrotum, suivant les formes cliniques.

» Ainsi, sur 41 cas opérés depuis 1899 jusqu'à 1905:

» 12 fois je me suis contenté de suspenseur vaginal d'après le procédé de Parona, il s'agissait des formes de varicocèle du 1me type où la scène morbide était dominée par l'orchidoptose douloureuse, sans ectasie veineuse appréciable ;

» 24 fois j'ai combiné le suspenseur vaginal avec la résection d'un paquet veineux ou des deux;

» 5 fois seulement j'ai eu recours à l'opération complexe: la résection du scrotum (suspenseur scrotal), inversion de la vaginale (suspenseur vaginal, Parona) et résection vei-

neuse ; il s'agissait de la première forme clinique où Parona avec ou sans résection veineuse eût été insuffisant.

» J'ajouterai que la résection du ou des paquets veineux est exécutée de façon à créer en même temps un but de suspension du testicule : pour cela, après avoir réséqué les veines entre deux ligatures au catgut, je noue ensemble les bouts libres des fils qui ont servi aux deux nœuds circonscrivant le segment réséqué des veines.

» *Le résultat thérapeutique a toujours été excellent..*

» En somme la conclusion tirée de ma pratique est qu'un seul procédé opératoire, résection veineuse, Parona, ou résection vaginale, est impuissant pour assurer à lui seul la guérison du varicocèle. Celui-ci constituant une affection complexe et variable dans ses formes cliniques, chacune de celle-ci réclame une opération spéciale simple ou complexe suivant les cas. Le suspenseur vaginal de Parona, je l'emploie dans tous les cas, il me paraît excellent ; mais souvent il faut lui associer soit la résection veineuse, soit celle-ci et la résection du scrotum (suspensoir scrotal) (1). »

Ainsi il ressort de l'étude que nous venons de faire, que le suspenseur vaginal nous apparaît comme devant être la base fondamentale du traitement du varicocèle. A lui seul ce ce procédé peut arriver à corriger la ptose testiculaire, veineuse et scrotale, mais dans quelques cas graves, assez rares, on doit lui associer ou l'excision veineuse, ou la résection partielle du scrotum, ou la résection combinée.

---

(1) M. le prof. Jonnesco ajoute qu'il a exprimé plusieurs fois cette opinion à la Société de chirurgie de Bucarest, et qu'elle se trouve confirmée aussi dans la thèse inaugurale de son élève le Dr Kupperberg, *Formule clinique et traitement du varicocèle, procédé de Parona*. Bucarest, 1901.

# CHAPITRE V

## OBSERVATIONS

### Observation I

(Résumée)

(Parona, Policlinico, 1899)

C. V..., 28 ans, de Riva Valdobbia, maçon. Entre le 29 juillet 1897 à l'hopital de Novare, pour varicocèle gauche qui s'est développé en deux ans, sensation de poids, tension dans la région lombaire correspondante. Pas de soulagement avec le suspensoir. L'intervention est réclamée par le malade pour pouvoir continuer son métier.

Scrotum gauche deux fois plus long qu'à droite; masse cylindrique irrégulière formée par les veines du cordon; le testicule gauche est plus petit que le droit. Pas de hernie, pas de varices en d'autres parties du corps.

Opération de Parona, suites normales, 8 jours de lit.

*Même après un laps de temps si court, le scrotum avait repris sa longueur naturelle.* Exeat le 10 août.

4 mois après le malade déclare qu'il est très bien; le testicule et le scrotum sont en place ; il exerce sans gêne son métier.

### Observation II

(Résumée)

(Parona)

M. F..., meunier, de Galliate. Varicocèle gauche de volume moyen, accompagnée d'une *pointe de hernie* et d'hydrocèle du cordon du même côté.

Opération de Bassini, suivie de l'opération de Parona, le 16 septembre 1897, suites normales. Guérison per primam. Exeat le 28 septembre, 12 jours après.

Revu 7 mois après, le résultat s'est maintenu excellent.

### Observation III

(Résumée)

(Parona)

B. A..., cordonnier, 17 ans, de Novare. Entré le 14 mars 1898. Varicocèle gauche volumineux et douloureux, développé à la suite d'un traumatisme dans la région inguinale.

Scrotum plus long à gauche ; testicules de même volume, veines du cordon grosses, enroulées, constituant un faisceau plein de nodosités. Le décollement du testicule hors du tissu cellulaire rendu difficile par la condensation des tissus périphériques provoquée par le traumatisme antérieur. Liquide séreux dans la vaginale qui est rétrécie par un surjet longitudinal après avoir été fixée comme d'habitude. Guérison per primam. Exeat 10 jours après.

Revu en décembre (9 mois après); le scrotum a une longueur normale, le testicule est assez mobile, le cordon court, les veines bien réduites.

### Observation IV

(Résumée)

(Parona)

R. E..., 21 ans, employé aux chemins de fer, Novare. Varicocèle gauche volumineux. Opération de Parona en mars 1898. Exeat 15 jours après. Revu en décembre même année, scrotum égal à gauche comme à droite, résultat excellent.

### Observation V

(Résumée)

(Parona)

G. L..., de Vicolungo, 19 ans. Varicocèle volumineux et douloureux opéré en mars 1898 à la clinique du docteur Parona, sorti 15 jours après.

Revu 9 mois après, le scrotum a une longueur normale, la forme et le volume du testicule ne laissent rien à désirer, cet organe se trouve à 5 centimètres environ de l'anneau inguinal externe, au-dessous duquel on reconnaît l'existence d'un petit peleton veineux. Toute gêne a disparu.

### Observation VI

(Résumée)

(Parona)

C. C..., de Cerano, boulanger, entré 1er juin 1898. Varicocèle gauche moyen, douloureux, rendant tout travail im-

possible. Opération de Parona. Guérison retardée par un abcès à la partie inférieure du scrotum.

Revu en décembre: scrotum normal, cordon court, non volumineux, disparition de toute gêne.

### Observation VII

(Résumée)

(Parona)

M. G..., 32 ans, cantinier à Oleggio. *Hernie inguinale gauche*, compliquée de *varicocèle volumineux* qui rendait intolérable le port d'un bandage.

Le 18 juillet 1898, opération de Bassini, *résection des plus grosses veines en haut du cordon, opération de Parona.* Guérison per primam.

Revue en décembre 1899. Scrotum de même longueur des deux côtés. Testicule gauche de volume normal, cordon raccourci et résistant. Au palper on sent encore dans le sac les traces des anciennes varices. L'opéré se déclare très heureux du résultat obtenu et exerce sans gêne son métier. La hernie aussi est parfaitement guérie.

### Observation VIII

(Résumée)

(Parona)

F... G..., 20 ans, paysan de Romentino, réformé pour varicocèle. Entre le 17 septembre 1898. A gauche, scrotum pendant, le cordon est gros, contient de volumineuses et nombreuses varices. Le port du suspensoir ne fait pas disparaître les douleurs gravatives sur le trajet du cordon et dans le canal inguinal. *Opération de Parona avec résection*

*des gros troncs veineux*. Guérison per primam. Dix jours après, le scrotum était plus remonté que du côté droit. Résultat maintenu le 15 décembre. A ce moment, le testicule est haut, le cordon raccourci, régulier, enveloppé d'une gaine fibreuse, les troubles ont disparu.

### Observation IX
(Résumée)
(Parona)

O... B..., paysan de Vinzaglio, 26 ans, 13 novembre 1898. Varicocèle gauche volumineux. Opération de Parona. Dix jours après, le scrotum est déjà remonté plus haut qu'à droite, à la palpation on sent le cordon de forme cylindrique et de consistance fibreuse.

### Observation X
(Résumée)
(Dr Cometti)

L... N..., caporal, 36me Infanterie. Volumineux varicocèle gauche. Opéré le 15 mai 1898 par procédé Parona. Après deux mois de convalescence, il peut reprendre son service sans gêne.

### Observation XI
(Résumée)
(Dr Cometti)

Pipitone V..., soldat, 36me Infanterie, Novare, 2 juillet 1898. Varicocèle moyen à gauche, douloureux pendant la marche. Opération de Parona le 6 juillet. Reprend son ser-

vice après un mois de convalescence et ne ressent plus de gêne.

### Observation XII (1)
(Parona)

C... V..,, 25 ans, cultivateur, de Comeriano. Varicocèle gauche douloureux. Opération le 6 février 1899. Suppuration de quelques points. Guérison.

### Observation XIII
(Parona)

S... L..., 31 ans, voiturier. Varicocèle gauche douloureux et volumineux. Se serait développé, au dire du malade, une heure après un travail violent. Opéré le 20 juillet 1899. Quelques points superficiels ont suppuré. Néanmoins, guérison.

### Observation XIV
(Parona)

F.., P..., 14 ans, Novare, ouvrier fondeur. *Varicocèle et hydrocèle.* Opéré le 16 septembre 1900. Exeat 12 jours après, guéri le 28 septembre.

### Observation XV
(Parona)

L... A..., 24 ans, cultivateur à Pernato. *Hernie inguinale*

---

(1) Nota. — Les observations qui suivent (du n° XII au n° XLI) sont tirées ainsi résumées d'un travail du Dr Viscontini : *Nuovo contributo alla cura radicale del varicocele* (*Gazzetta degli osp.* Milano, 1903, n° 107).

*et varicocèle.* Opération de Bassini et opération de Parona le 7 janvier 1901. Exeat guéri le 16 janvier 1901.

### Observation XVI
(Parona)

S... G..., 16 ans, tapissier, Novare. Varicocèle développé à la suite d'un effort. Opéré le 24 janvier 1901. Exeat le 2 février 1901.

### Observation XVII
(Parona)

A. G..., 36 ans, laboureur, de Pernato. *Hernie inguinale droite et varicocèle volumineux à gauche.* Opérations de Bassini et de Parona le 7 février 1901, sorti le 22 février.

### Observation XVIII
(Parona)

C. L..., 17 ans, natif de Pogno, tourneur sur métaux. Varicocèle opéré le 21 mars 1901, guérison per primam.

### Observation XIX
(Parona)

S. C..., 55 ans. cantonnier, Novare. *Hernie inguinale droite, varicocèle gauche.* Procédés de Bassini et de Parona le 13 mai 1901. Exeat guéri le 23 mai 1901.

### Observation XX
(Parona)

B. G..., 20 ans, de Svillavenga, ouvrier. *Hernie inguinale*

*droite et varicocèle volumineux à gauche.* Opérations de Bassini et de Parona, le 24 juin 1901. Guérison per primam.

### Observation XXI

(Parona)

R. G..., 20 ans, de Nibbiola, paysan. *Hernie inguinale droite et varicocèle à gauche.* Opérations de Bassini et de Parona le 25 juillet 1901. Réunion per primam.

### Observation XXII

(Parona)

M. C..., 22 ans, de Nibbiola, cultivateur. *Hernie inguinale droite et varicocèle à gauche.* Procédés de Bassini et de Parona en juillet 1901, sorti le 11 septembre.

### Observation XXIII

(Parona)

V. E..., 14 ans, natif de Garbagna. *Hernie inguinale et varicocèle gauches.* Opérations de Bassini et de Parona, le 14 septembre 1901. Exeat guéri le 1er octobre.

### Observation XXIV

(Parona)

L. P..., 48 ans, cultivateur. Varicocèle de moyen volume. Opération de Parona le 5 octobre 1901. Exeat le 28 octobre. Guérison.

### Observation XXV
(Parona)

C. N..., 18 ans, de Nibbiola, cultivateur. Varicocèle remontant à 4 mois. Opération de Parona le 7 octobre 1901. Exeat guéri en octobre.

### Observation XXVI
(Parona)

C. P..., 28 ans, cultivateur, de Nibbiola. Enorme varicocèle, le scrotum descend très bas, le testicule est normal. Opéré le 17 juillet 1902. Exeat guéri le 27 juillet.

### Observation XXVII
(Parona)

G. L..., 28 ans, cultivateur, de Castelleto Ticino. *Hernie inguinale et varicocèle gauches.* Procédés de Bassini et de Parona, le 29 janvier 1903. Exeat guéri le 8 février.

### Observation XXVIII
(Parona)

M. G..., 18 ans, cultivateur, de Confienza. Varicocèle douloureux opéré le 20 juillet 1903. Exeat le 27 juillet, guéri.

### Observation XXIX
(C. Viscontini)

P. A..., ans, cultivateur, de Tornaco. Varicocèle gauche

douloureux, de dimensions moyennes, s'est développé en 6 mois. Opéré procédé de Parona, le 4 septembre 1902. Exeat guéri le 11 septembre.

### Observation XXX
(Viscontini)

B. C..., 16 ans, cultivateur, de Caltignaga. *Hernie inguinale gauche avec hydrocèle et varicocèle* très douloureux procédé de Bassini et de Parona. Opéré le 6 août 1903, sorti guéri, le 23 août 1903.

## Opérations (Parona)

(Pratiquées par le docteur Cometti, médecin-major à l'hopital militaire de Novare.)

Observation XXXI. — F. F..., opéré le 27 juillet 1899.

Observation XXXII. — R. S., soldat, opéré le 4 janvier 1900.

Observation XXXIII. — P. P., soldat, opéré le 23 mai 1900.

Observation XXXIV. – B. V., soldat, opéré le 3 novembre 1900.

Observation XXXV. — G. A., opéré le 9 février 1901.

Observation XXXVI. — A. A., soldat, opéré le 23 mai 1901.

Observation XXXVII. — F. R., soldat, opéré le 27 mai 1901.

Observation XXXVIII. — C. F., soldat, opéré le 4 juin 1901.

Observation XXXIX. — M. A., caporal, opéré le 22 juillet 1901.

Observation XL. — L. G., artilleur, opéré le 23 juillet 1901.

Observation XLI. — C. A., fantassin, opéré le 19 juillet 1902.

### Observation XLII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Parona

P. F., âgé de 40 ans, natif de Varallo-Pombia. Varicocèle gauche. *Opéré il y a un an, par la ligature et la résection des veines. Récidive.* Testicule en mauvais état, hydrocèle concomitant très douloureux. Opération de Parona. Guérison per primam le 15 août 1904.

### Observation XLIII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Parona)

R. G., 18 ans, menuisier, originaire d'Amavasso. *Hernie inguinale droite avec varicocèle à gauche.* Opérations de Bassini et de Parona, le 5 janvier 1905. Guérison per primam.

### Observation XLIV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Visconti)

D. V., 15 ans, se présente à l'ospedale Maggiore de Novare, porteur d'un varicocèle gauche volumineux. Opération de

Parona par le docteur Viscontini, le 8 mars 1904. Guérison per primam.

### Observation XLV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Viscontini)

A. C., 21 ans, originaire de Bozzoticino. Varicocèle gauche. Opéré le 6 décembre 1904, procédé Parona par le docteur Viscon,ini. Réunion par primare.

### Observation XLVI

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Viscontini)

C. P., 17 ans, de Novare. Varicocèle gauche occasionnant de vives douleurs, Opéré le 8 aout 1904, procédé Parona par le docteur Viscontini. Guérison per primam.

En réunissant les observations des docteurs Parona, Viscontini et Cometti, nous arrivons à un total de 46 cas. La plupart du temps c'est le symptôme douleur qui a nécessité l'intervention ; le chirurgien n'a dû intervenir que plus rarement par suite de la gêne et du tiraillement que le volume de la tumeur occasionnait au patient.

Viscontini ajoute que le Parona typique a été légèrement modifié dans quelques cas, lorsque le sac formé par la vaginale retournée étant trop petit pour contenir le paquet variqueux, sa fixation à l'orifice externe de l'anneau inguinal aurait remonté le testicule trop contre le pubis. On fixait alors la vaginale par des points profonds à la partie la plus élevée de la paroi interne du scrotum.

Tous les malades signalés dans ces 46 observations ont

été revus un mois après, beaucoup après une durée d'un an et même au delà. Chez tous, le testicule, qui était immobile les premiers jours qui suivirent l'intervention, avait repris sa mobilité, ses dimensions normales. On n'a contalé aucun cas de récidive, la douleur n'a plus reparu. Aucun opéré ne portait le suspensoir.

### Observations XLVII à LV

Nimier (1) présente à la Société de chirurgie de Paris, en 1899, un homme chez lequel il a opéré un varicocèle par le procédé de Parona, corrodé par son inclusion dans la vaginale retournée et suspendue au pubis.

« *Exécutée chez neufs malades de mon service, dit ce chirurgien, cette opération me paraît donner un bon résultat.* »

### Observations LVI et LVII

Mauclaire (2), dans un article sur les orchidopexies, écrit : « *J'ai fait deux fois la suspension du testicule pour varicocèle par le procédé de Parona. Le résultat immédiat a été bon, mais je n'ai pas pu juger du résultat éloigné.* »

Spillmann, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, de 1902, publie une série de 14 observations personnelles Nous allons les transcrire brièvement. Le procédé opératoire a été le même pour tous les opérés ; aucun d'eux n'a présenté la moindre réaction inflammatoire, la durée de l'intervention a été en moyenne de 17 minutes, non compris le pansement.

---

(1) Nimier, *Bull. et mém. Société de chir. de Paris*, 12 juillet 1899.

(2) Mauclaire, *Les traitements des varicocèles (orchidopexies)* (*Tribune Médicale*, Paris, 1903, p. 213).

### Observation LVIII

T... Victor, cavalier au 4me régiment de Spahis. Varicocèle gauche très volumineux ; gêne notable ; *atrophie très marquée du testicule gauche.* Opéré le 9 juin 1899. Exeat le 9 juillet.

Revu le mois après, testicule bien suspendu au-dessous du pubis, complètement mobile dans le scrotum, *a repris un volume normal* ; quelques varicosités dans l'intérieur du sac, plus de gêne ni de douleurs. Le cavalier a repris son service et monte à cheval tous les jours.

### Observation LIX

(Spillmann)

L... Paul, brigadier au 4e rég. de Spahis, a voulu s'engager au mois d'août 1893 ; refusé pour énorme varicocèle gauche. S'est fait opérer le 22 août de la même année par le Dr Cayla, assisté de M. le professeur Pozzi. *Résection simple du scrotum.* Il s'engage le 11 octobre suivant. Au bout de peu de temps, *récidive*: le varicocèle est très volumineux, entraînant des douleurs et une gêne notable. L... demande une intervention.

Opéré le 27 juillet 1900, procédé Paroni. Il quitte l'hôpital le 30 août. Revu le mois après, le 16 décembre 1900 : il existe des varicosités dans le sac vaginal, mais elles sont bien maintenues et le brigadier L..., qui est un garçon intelligent, se rend parfaitement compte du résultat obtenu. Il ne souffre plus, ne ressent plus de gêne, fait son service en entier, y compris la voltige et tous les exercices qui incombent aux cavaliers. Il ne porte pas de suspensoir.

### Observation LX

(Spillmann)

F... Alphonse, cavalier au 4e régiment de Spahis. Varicocèle volumineux gauche, *compliqué d'hydrocèle* (la vaginale renfermait environ 50 cent. cubes de liquide citrin). Homme depuis longtemps exempté de cheval et de travaux pénibles. Opéré le 27 juillet 1900. Exeat 30 août avec un congé de convalescence. Vu à son retour, résultat très bon : le testicule est bien suspendu, mobile, non douloureux. A repris tout son service. Revu un an et demi après le résultat s'est maintenu parfait.

### Observation LXI

(Spillmann)

C... Louis-René, soldat au 4e régiment de Tirailleurs algériens. Varicocèle gauche moins volumineux que les précédents, très douloureux, ayant fait classer cet homme, boucher de profession et d'une constitution vigoureuse, dans la classe des malingres. Opéré le 2 août 1900. Part en convalescence le 30 août. Revu le 15 février 1902, il n'existe plus de varicosités apparentes, ni de douleurs. A repris tout son service, fait les marches et tous les exercices sans ressentir aucune gêne.

### Observation LXII

(Spillmann)

B... Jean, cavalier au 4e régiment de Spahis. Enorme varicocèle, *longueur démesurée du scrotum* ; se plaint d'avoir

à chaque instant le testicule pris entre la selle et sa cuisse. Opéré le 25 août, parti en convalescence le 27 septembre. Revu le 14 décembre : résultat excellent, le testicule est bien fixé en haut, *le scrotum*, vide au-dessous, *est considérablement rétracté* ; cet homme fait tous les exercices sans ressentir la moindre gêne.

### Observation LXIII

(Spillmann)

V..., cavalier au 4e régiment de Spahis. Varicocèle volumineux, douleurs excessivement vives, a eu il y a deux ans une orchite blennhorragique. Opération assez délicate, à cause des adhérences assez intimes existant entre les deux feuillets de la vaginale, ce qui a un peu prolongé l'acte opératoire. Le malade présentait, en outre, une quinzaine de petits kystes du volume d'un pois, qui tous renfermaient un liquide citrin. Excision de tous ces kystes. Opéré le 20 août 1900. Sorti le 27 septembre. Résultat très bon, plus de douleurs, a repris tout son service. A été revu le 1er février 1902, dix-huit mois après l'intervention, résultat parfait.

### Observation LXIV

(Spillmann)

Mohamed B. soldat au 4e régiment de Tirailleurs algériens. Varicocèle gauche, nombreuses varicosités, avec longueur insolite du scrotum, entraînant des douleurs vives, principalement pendant les marches. Opéré le 4 septembre.

Sorti le 11 octobre. Très bon résultat, testicule bien fixe ; le scrotum a repris des dimensions normales.

### Observation LXV

(Spillmann)

R., civil français, peintre, 25 ans. Varicocèle très volumineux. Opéré le 2 octobre, sorti le 30 octobre. Reprend immédiatement son travail. Résultat très satisfaisant au moment de sa sortie de l'hôpital ; a quitté Sfax, n'a pas été revu.

### Observation LXVI

(Spillmann)

B. Emile, civil français, 35 ans, père de famille, ajusteur à la compagnie des chemins de fer de Sfax à Gafs. Varicocèle volumineux à gauche, entraînant des douleurs tellement vives, que le malade ne peut continuer son travail. Opéré le 8 octobre 1900. Exeat guéri le 25 octobre et reprend immédiatement ses occupations. Revu en janvier 1902 ; le résultat est parfait, les douleurs ont complètement disparu. Cet ouvrier fait facilement tout son travail qui est pénible.

### Observation LXVII

(Spillmann)

A. Eugène, cavalier au 4e régiment de Spahis. Varicocèle volumineux à gauche, avec longueur réellement insolite du scrotum. Opéré le 20 avril 1901. Sorti le 30 mai avec un congé de convalescence d'un mois. Revu à son retour, très bon résultat, reprend son service.

### Observation LXVIII

(Spillmann)

B. Gustave, brigadier au 4e régiment de Spahis. Varicocèle à gauche ; opéré le 30 avril, sorti le 10 juin. Retard dans la cicatrisation, dû à la raison suivante : une légère escarre se produisuit à la partie inférieure de l'incision, au niveau de la 1re injection de la solution de cocaïne. Ce fait ne peut être attribué qu'à une faute d'un aide, qui m'a présenté la seringue de Pravaz sortant de la solution phéniquée à 5 o|o sans la rincer avec la solution boriquée à 4 o|o, comme je l'exige toujours. Il est probable qu'une petite quantité d'acide phénique a pénétré sous la peau en même temps que la solution de cocaïne. Malgré ce petit désagrément le malade est parti bien guéri, en congé de convalescence.

### Observation LXIX

(Spillmann)

B. Edonard, brigadier au 4e régiment de spahis. Varicocèle à gauche. Opéré le 2 mai 1901, sorti de l'hôpital le 3 juin. Revu en janvier 1992, le résultat s'est maintenu très bon.

### Observation LXX

(Spillmann)

V. Jean, soldat à la 25e section d'infirmiers militaires (détachement de l'hôpital de Sfax). Varicocèle peu volumineux, mais déterminant de vives douleurs ; atrophie con-

sidérable du testicule. Opéré le 14 mai 1901, sorti le 4 juin, sans congé de convalescence. Il reprend son service entièrement et n'accuse plus aucune douleur. C'est chez cet opéré que j'ai dû rompre les adhérences qui existaient entre la séreuse et les bords de l'épididyme, ce qui m'a permis d'obtenir un sac suffisant pour y loger le cordon et les veines variqueuses.

### Observation LXXI

(Spillmann)

T. J. M. cavalier au 4e régiment de Spahis. Varicocèle gauche avec scrotum flasque, très allongé. Opéré le 18 juillet 1901, sorti le 19 août. Très bon résultat. Revu en janvier 1902. Le testicule est très mobile, très bien fixé à bonne distance du pubis. Le scrotum a actuellement un aspect normal.

### Observation LXXII

(Résumée)

(Longuet, *Progrès Médical*, 21 septembre 1901)

*Varicocèle bilatéral avec prédominance à gauche. — Orchidopexie et phlébopexie réalisées par transposition extra-séreuse* (côté gauche). — *Résultat opératoire excellent.*

X., 18 ans, boulanger, bien portant, musculature insuffisante. Souffre depuis 6 mois du testicule gauche et dans les reins, et ne peut exercer convenablement son métier. Le scrotum descend presque jusqu'à mi-cuisse du côté gauche et moins bas du côté droit. Tuméfaction veineuse le long du cordon. Testicule normal, pas de hernie. Pas d'hystérie,

pas de neurasthénie. Opéré le 2 juillet 1901 après anesthésie à la cocaïne. Suites immédiates nulles : le malade retourne chez lui une heure après. Situation très haute du testicule gauche opéré. La douleur persiste encore trois jours, puis cesse ensuite complètement.

Suites éloignées : 2 mois après résultat parfait, le testicule est en situation haute, solidement fixé, pas atrophié, pas sensible. Les douleurs ont complètement disparu. Le testicule opéré est maintenant à plus de 2 centimètres au-dessus du testicule droit, alors que l'inverse existait auparavant. En outre, les veines entourées par la bague vaginale ne forment plus de tumeurs variqueuses et ne sont plus sensibles,

### Observation LXXIII

(Longuet, *in* thèse Pélicier)

J. E., 17 ans, chapelier, varicocèle gauche typique et douloureux, sans atrophie testiculaire. Opéré le 11 août 1901, même conduite que dans le cas précédent. Résultat immédiat : Très satisfaisant, cessation de toute douleur deux jours après l'opération.

Résultat éloigné : L'opéré est revu le 5 juin 1902. Les douleurs ont complètement disparu et depuis son opération le suspensoir a été laissé de côté. Testicule bien fixé non atrophié. On ne sent plus les plexus variqueux du côté gauche et la scrotoptose a disparu. L'opéré se montre fort satisfait du résultat de l'intervention.

### Observation LXXIV

(Longuet, *in* thèse Pélicier)

F. Félix, 20 ans, ectopie sous-inguinale droite avec atrophie testiculaire ; varicocèle gauche descendant à mi-cuisse.

Testicule atrophié à gauche, pas de douleurs. Opéré le 19 octobre 1901. Transposition supéro-interne du testicule par le procédé de Longuet. Suites immédiates: réaction nulle.

Résultats éloignés: revu le 8 juin 1902. L'état local est parfait et il est impossible de se douter que le côté gauche du scrotum a été atteint d'un varicocèle aussi prononcé. De ce côté la bourse remonte plus haut que du côté opposé. Le testicule est fixé en position haute, toujours atrophié, mais à la palpation les plexus variqueux ont complètement disparu.

### Observation LXXV

(Longuet, *in* thèse Pélicier)

M. Charles, 23 ans, varicocèle gauche très douloureux malgré le suspensoir. Douleurs particulièrement vives le soir. Le testicule n'est pas atrophié. Opération le 23 octobre 1901. Transposition extra-séreuse du testicule. La douleur cesse complétement 5 jours après l'opération. Suites éloignées : le 7 juin 1902, le malade écrit qu'il ne ressent plus de gêne, ni de douleur, depuis l'intervention dont il est très satisfait.

### Observation LXXVI

(Longuet, *in* thèse Pélicier)

B. Félix, 21 ans, varicocèle gauche descendant jusqu'à mi-cuisses, déterminant une tumeur volumineuse et une dilatation considérable des plexus veineux. A la mensuration, le testicule du côté malade descend 4 centimètres plus bas que du côté sain. Les douleurs sont très vives surtout pendant le travail, et la suspension n'amène aucune amélioration. La marche et la station debout sont particulièrement

pénibles le soir. Le testicule gauche présente un certain degré d'atrophie.

Opération le 18 septembre 1901. Orchidopexie et phlébopexie réalisées par le procédé Longuet.

Suites immédiates : nulles. Disparition de toute douleur au 4me jour. A l'examen le testicule fixe remonte à plus de deux centimètres au-dessus du testicule droit, le résultat de la scrotopexie est excellent. Enfin le paquet variqueux, quoique senti encore, présente une régression manifeste. L'opéré n'a pas été suivi.

### Observation LXXVII

(Longuet, *Progrès Médical*, 23 septembre 1903)

*Varicocèle bilatéral avec prédominance à gauche.* X. 19 ans, garçon marchand de vins, douleurs très vives depuis 3 mois, l'empêchant d'accomplir son travail. Ptose considérable à gauche. varices funiculaires et scrotales très développées, atrophie du testicule de ce côté.

Résultat immédiat excellent, la douleur disparaît le 5e jour. La fixation est bonne, les varices de scrotum s'effacent, celles du cordon sont étroitement maintenues par la gaine séreuse.

On n'a pas pu suivre le malade.

### Observation LXXVIII

(Résumée)

(Dr Mariel, in thèse Magnin)

François J.-M., 22 ans, varicocèle gauche datant de deux ans. — A son entrée à l'hôpital de Bellevue, à St-Etienne, le scrotum descend à 18 à 20 centimètres. Peu douloureux,

mais détermine une sensation de gêne et de poids considérable. Testicule normal. Etat général bon.

Opéré le 22 août 1901, *procédé de Parona classique*. Pas de résection veineuse, vaginale, niscrotable. Suites immédiates : très simples, réaction nulle, le malade sort de l'hôpital le 17 septembre 1901.

Résultats éloignés : Revu 3 fois :

1re fois, 17 octobre 1901 : A ce moment portait encore le suspensoir, testicule droit plus bas que le testicule gauche qui se trouve à 2 travers de doigts au-dessous du rebord supérieur du pubis. Cordon épaissi, souple. Testicule mobile, ne paraît pas diminué de volume. Pli cutané scrotal ne paraît pas avoir diminué : » c'est de la peau de reste. »

Le malade n'accuse aucune gêne, aucune douleur, aucun trouble fonctionnel.

2mo examen, 24 janvier 1902. Même état, pas de gêne ni de douleur.

3me fois, 2 octobre 1903. L'état local est général est le même. — Pas de gêne, ni pesanteur au niveau du scrotum.

## Observation LXXIX

(Résumée)

(Thèse Ch. Magnin)

Mog., F., 23 ans. Entré 27 mai, hôpital Bellevue, à Saint-Etienne, service du Dr Martel.

*Hernie inguinale gauche* datant d'un mois et demi, grosse comme un œuf de pigeon. *Varicocèle gauche* datant de deux ou trois ans, entraînant le scrotum à 4 ou 5 cent. plus bas qu'à droite. Gêne et douleur. Le testicule n'est pas atrophié.

Etat général bon.

Opération le 3 juin 1903. Incision inguino-scrotale, cure

radicale de la hernie, retournement séro-fibreux par le procédé de Parona, modifié par le Dr Martel.

Scrotectomie complémentaire.

Guérison rapide. Exeat le 2 juillet 1903.

Revu le 4 octobre 1903. La hernie est guérie.

Testicule fixé en position normale, souple, libre, non atrophié. Il ne descend pas jusqu'au fond de la bourse. Veines du cordon moins volumineuses, mais encore un peu dilatées (La persistance de cette légère dilatation est peut-être due à la compression produite par une ceinture abdominale avec pelote que le Dr Martel fait porter à tous ses opérés de hernie pendant 3 ou 4 mois).

Plus de gène. Satisfaction du malade. En somme, bon résultat.

### Observations LXXX et LXXXI

(Thèse Magnin)

« Nous avons vu, dit Magnin, deux autres malades qu'on n'a pu suivre après l'opération et chez qui on avait constaté, après orchidopexie par la méthode Parona - Martel, un commencement de régression du varicocèle et surtout une cessation complète des phénomènes douloureux quatre ou cinq jours après l'intervention chirurgicale. »

### Observation LXXXII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Roux de Brignolés)

F., 28 ans, mécanicien à bord d'un paquebot, est venu nous voir en janvier 1902, pour nous consulter au sujet d'un varicocèle gauche très douloureux et assez volumineux, qui

commence à le gêner dans l'exercice de sa profession, malgré le port habituel d'un suspensoir bien appliqué. Le patient devant partir pour un voyage de 3 mois, l'intervention ne pouvait avoir lieu à ce moment. A son retour il entre à notre clinique privée, et le 27 mai 1902, après anesthésie au chloroforme, il est opéré.

Incision verticale de 6 cent. à la partie externe gauche du collet des bourses ; le testicule et la vaginale sont extériorisés, puis la vaginale est incisée et retournée sur elle-même. Trois pinces de Kocher repèrent l'angle inférieur et postérieur, et les deux angles antéro-latéraux de l'orifice de l'infundibulum ainsi créé. Sature au catgut du premier angle au périoste pubien, suture des deux autres angles aux piliers de l'anneau inguinal qui, étant un peu large à notre avis, est refermé lui-même par un point de suture. Drainage, suture cutanée aux griffes de Michel et deux points profonds avec un fil métallique. Réunion complète le 3 juin, et le malade sort le 4 juin se croyant complètement guéri.

Malheureusement, au lieu de se reposer, F..., se livre immédiatement à des travaux de force et nous revient le 14 juin avec un bubonocèle inguinal enflammé et douloureux. Le 19 nous pratiquons une incision et curettons cette masse de tissu induré dans laquelle se trouvait englobée une grosse veine encore perméable, mais vide de sang. La guérison est rapide et le malade sort complètement guéri le 29 juin.

*Nota.* — Ce malade était le premier que nous opérions par le procédé de Parona et l'on voit que, si le résultat immédiat fut bon, il ne s'en produisait pas moins une complication qui nécessisa une petite intervention et quelques jours de repos supplémentaires. Certainement, l'exercice intempestif

auquel se livra ce malade est le principal facteur de la poussée de périphlébite qui se produisit ; mais un autre facteur est évidemment la suture que nous fîmes des piliers inguinaux. Nous produisîmes ainsi une stase veineuse plus grande qui fut le point de départ de la poussée inflammatoire périphlébitique.

Nous en avons tiré comme enseignement la déduction suivante : c'est que lorsque dans le cours d'une cure de varicocèle on se trouve en présence d'un cas analogue (anneau inguinal trop large), il vaut mieux faire la réfection complète du canal inguinal en permettant ainsi aux veines de diminuer leur calibre et ne les comprimant pas à leur émergence de l'orifice externe du canal inguinal.

Au reste, *la guérison est parfaite* chez ce malade que nous avons pu suivre très exactement depuis cette époque. Il n'a jamais plus éprouvé ni gêne, ni douleurs, il ne porte plus de suspensoir, exerce sans fatigue son pénible métier, et, à l'heure actuelle encore, notre dernier examen ne remontant qu'à peu de temps (mars 1905, plus de 2 ans 1/2 après), on peut estimer que le résultat est parfait.

## Observation LXXXIII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Roux de Brignoles)

M... Philippe, 16 ans, employé, couché au n° 29 de la salle St-Augustin, hôpital de la Conception. Ce malade entre le 18 juin 1902 pour un varicocèle gauche qui, douloureux depuis longtemps, devient maintenant une gêne pour l'exercice de sa profession. L'examen fait percevoir un paquet volumineux de veines donnant la sensation du classique peloton de ficelle ; pas de hernie. Opération le 1er juillet 1902,

anesthésie au kélène. Incision verticale de 6 centimètres environ ; isolement du testicule enveloppé de sa vaginale, Incision de celle-ci sur une petite étendue, sur le bord libre du testicule, retournement de la séreuse. Le paquet variqueux, un peu volumineux, est difficile à faire entrer dans le suspensoir séreux ; aussi, quand l'invagination est faite, nous plaçons un petit point de catgut pour fermer la séreuse postérieurement, deux autres aux piliers interne et externe de l'anneau. Pas de drainage, suture aux agrafes de Michel. Le malade sort le 12 juillet, onze jours après l'intervention. Depuis il a vaqué sans nulle fatigue à ses travaux et la guérison s'est maintenue intégrale.

*Nota.* — Ce malade avait, au moment de son entrée à l'hôpital, *le testicule gauche beaucoup plus petit et menacé d'atrophie.* Nous l'avons revu dans les premiers mois de cette année (1905) et nous avons constaté que *cette tendance à l'atrophie étaient enrayée*; *les deux testicules étaient d'égal volume.* La régularisation de la circulation veineuse a donc eu un retentissement marqué sur la nutrition de l'organe et il est évident qu'il y a là une preuve évidente de supériorité sur la résection veineuse qui, elle, entraîne toujours des troubles trophiques.

## Observation LXXXIV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Roux de Brignolès)

M... Auguste, 57 ans, employé à la Cie des Tramways, entré le 7 mai 1904, à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, n° 12

dans le service de M. le docteur Roux de Brignoles, dont nous étions à ce moment l'interne.

Cet homme a pu faire sans inconvénient son service militaire malgré l'existence d'un léger varicocèle gauche, sur lequel, du reste, son attention n'avait nullement été appelée. Employé comme wattmann à la Cie des Tramways, la station debout prolongée a commencé à éveiller des douleurs et l'a obligé à se reposer dès les premiers jours d'avril. Il demande en mai une intervention.

Entré le 7 mai à l'hôpital, on lui trouve un varicocèle gauche plus douloureux que considérable. Opéré le 12 mai. Anesthésie générale au kœlène. Nous pratiquons sur la vaginale une incision aussi petite que possible pour que le testicule sorte difficilement de sa gaine séreuse. Cette manœuvre nous donne un doigt de gant parfait dans lequel se logent aisément tout le cordon et le paquet veineux qui l'accompagne. Vaginopexie typique.

*Suites opératoires* : guérison per primam, exeat le 10e jour. — Le malade a repris sa pénible profession 15 jours après sa sortie de l'hôpital.

*Nota.* — Nous avons tenu à nous rendre compte personnellement du résultat éloigné de l'intervention à laquelle nous avons assisté.

Nous avons revu M. Auguste le 20 juin 1905, c'est-à-dire 13 mois après. Le scrotum, de volume moyen, est également développé des deux côtés. Le testicule gauche, mobile sous les téguments, offre une consistance ferme, un volume semblable au testicule droit ; son pôle supérieur, légèrement remonté, ne dépasse celui-ci que d'un centimètre et demi environ ; il est assez éloigné du pubis et de l'arcade pour ne

pas être froissé et ne rien craindre des pressions extérieures. Le cordon et ses éléments sont bien engainés dans la vaginale qui forme autour d'eux un cylindre assez régulier.

M..., qui s'était fait opérer par suite des douleurs locales, et surtout à cause de la préoccupation incessante de voir son infirmité augmenter et le priver peut-être de ses facultés viriles, est très content du résultat obtenu, qu'il déclare dépasser ses espérances. Il ne souffre plus, n'a plus porté le suspensoir depuis l'opération, et exerce sans gêne son pénible métier de wattmann.

### Observation LXXXV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Roux de Bignolles)

Hernie inguinale et varicocèle droits. — Pointe de hernie à gauche.

P. 22 ans, entré à notre clinique le 15 juin 1904, présentant à droite une hernie inguinale assez volumineuse avec varicocèle et à gauche une petite pointe de hernie. Le volume de la tumeur et l'impossibilité de contenir la hernie par un bandage, à cause de la gêne que la pression apporte à la circulation veineuse du cordon, ont décidé l'intervention. La cure radicale est faite par le procédé de Bassini. Le cordon et ses éléments sont reportés tout à fait en haut de l'incision du canal inguinal. La paroi est suturée par deux points de surjets au catgut; en arrivant à la partie inférieure de la suture inguinale, nous renversons la séreuse vaginale et avec un point de catgut fort nous fermons l'orifice externe du canal inguinal en comprenant dans la ligature l'angle posté-

rieur de la séreuse retournée. Quant aux deux angles latéraux ils sont fixés parallèlement en dehors et en dedans de celui-ci. L'opération est continuée suivant la méthode ordinaire. Suture de la plaie aux crins de Florence, pas de drainage.

Suites opératoires normales. Guérison per primam. Exeat 17 jours après complètement guéri.

Depuis cette époque, le malade ayant pu être suivi, rien n'est venu infirmer le résultat définitif tant au point de vue de sa hernie que du varicocèle, et cependant ce jeune homme avait une paroi abdominale des plus faibles.

## Observation LXXXVI

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Roux de Brignoles)

A..., 15 ans, entre à notre clinique, le 9 juillet 1901, porteur d'une *hernie inguinale congénitale accompagnée d'un varicocèle gauche*. Opération le 7 juillet 1901. Nous traçons une longue incision, le tissu cellulaire étant très adipeux. La dissection du sac nous confirme le diagnostic de hernie congénitale: nous l'excisons en haut et, après ligature, nous fixons le pédicule du sac à la paroi postérieure de l'abdomen suivant le procédé de Barker. Le varicocèle est soutenu par les débris de la séreuse enveloppante, fixée à la portion pubienne d'une part, à la paroi d'autre part. Le testicule est maintenu au fond des bourses par un fil placé circulairement à travers les tissus dissociés.

## Observation LXXXVII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Roux de Brignoles)

X... entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, n° 13, dans le service de M. le Dr Roux de Brignoles, pour *hernie inguinale gauche impossible à maintenir à cause d'un varicocèle douloureux* par lui-même et à douleurs exacerbées par la pression d'un bandage. C'est pour cette raison que, renonçant à maintenir sa hernie, le malade vient nous demander de lui en faire la cure radicale. C'est un homme jeune encore, à paroi abdominale solide.

Opéré par le Dr Acquaviva, chirurgien-adjoint du service (août 1904). Comme la hernie est réductible, on commence d'abord, après avoir anesthésié le patient au chloroforme, par faire l'énucléation du testicule hors de la vaginale que l'on retourne, et par repérer les trois angles de l'orifice de l'infundibulum. Ensuite cure radicale de la hernie : incision du canal inguinal, dissection du sac qui est lié, réséqué, et dont le moignon est fixé par deux points perforants à la partie postérieure de la paroi abdominale, au-dessus de l'orifice inguinal. Restauration du canal inguinal par des points séparés (Bassini), suivi de la suspension du sac vaginal par le procédé de Parona. Suture aux griffes, drainage.

Le résultat immédiat définitif a été excellent.

## Observation LXXXVIII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Roux de Brignoles)

Hernie inguinale gauche congénitale, accompagnée de varicocèle. (Procédés de Bassini et de Parona.)

R..., 28 ans, menuisier, opéré à notre clinique le 1er avril 1905. Sujet très nerveux, présentant des stigmates d'hystérie. Depuis son enfance il a une hernie volumineuse accompagnée de varicocèle douloureux, mettant obstacle au port d'un bandage.

L'anesthésie au chloroforme est difficile. Le sac est disséqué, lié, réséqué et son moignon fixé suivant la méthode de Barker. Ensuite éversion de la vaginale dont les deux angles sont fixés en dehors des piliers inguinaux, fermeture de la séreuse par un troisième point qui engaine les éléments du cordon dans une sorte de doigt de gant. Reconstitution du canal (Bassini) par des points séparés au catgut. Drainage. Suture aux griffes renforcée par quelques points de fils métalliques.

La guérison a été entravée par un hématome qui, devenu très volumineux, à la suite d'exercices intempestifs (promenade dans la chambre), nous a forcé, le 7 avril, à ouvrir la cicatrice pour évacuer les caillots.

*Nota.* — L'opération est trop récente encore pour tirer une conclusion ; mais l'état de ce malade en ce moment est tel que, par comparaison avec les autres cas que nous avons eu à opérer, on peut escompter que la guérison sera bonne et durable.

## Observation LXXXIX
(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Poucel, chef de clinique chirurgicale)

X., 23 ans, marin, présente un *varicocèle prononcé du côté gauche*, les deux testicules descendent assez bas, mais la glande gauche est plus basse de 2 centimètres que la droite ; n'a ni varices aux membres inférieurs, ni hémorroïdes.

Ce varicocèle occasionnait parfois des douleurs assez vives qui l'avaient fait exempter de travaux de force pendant son service. On lui demande de se faire opérer avant d'être admis comme marin.

X. entre à l'Hôtel-Dieu le 2 août 1904, dans le service de M. le docteur Roux de Brignoles.

Opéré le 6 août 1904 par M. Poucel, interne du service, sous la direction du docteur Aquaviva, chirurgien-adjoint du service. Chloronarcose, incision haute de 6 centimètres au niveau de l'anneau inguinal superficiel, retournement de la vaginale, fixation par trois points de catgut (Leclerc n° 2) suivant le procédé classique de Parona. Suture de la plaie aux crins de Florence, pas de drainage. (Nous avons remonté le testicule extrêmement haut, et nous craignons même de l'avoir remonté trop haut. Il était appliqué presque contre l'orifice supérieur du canal inguinal, et l'on aurait pu craindre que la pression contre le pubis ne fût douloureuse.)

*Suites opératoires.* — Les fils sont enlevés le 7me jour : réunion per primam. Le malade sort le 14 août 1904, 9 jours après l'opération ; il affirme, de plus, n'avoir pas eu

la moindre douleur après l'opération (il a changé pendant toute la journée qui a suivi), il ne s'est plaint d'absolument rien pendant les jours qui ont suivi ; il a bien uriné et n'a pas eu de fièvre.

*Suites éloignées.* — Depuis sa sortie de l'hôpital, cet homme ne souffre plus, il fait comme marin un service très actif, des marches, de la bicyclette, sans la moindre gêne, et sans secourir au suspensoir.

Revu en octobre 1904. Le testicule est toujours bien suspendu.

Revu en mai 1905. Cet homme ne présente plus le moindre trouble fonctionnel. Le testicule est de consistance normale, de volume normal, rien ne permet de penser qu'il ait pu subir une dégénérescence quelconque. De plus, bien qu'il ait descendu, depuis le moment de l'opération d'un centimètre et demi, il se trouve cependant sur un niveau plus élevé que son voisin de droite. On constate, maintenues dans le sac vaginal, un petit paquet de veines variqueuses autour du cordon. Le scrotum est encore assez long du côté opéré. En somme, neuf mois après, nous constatons que le varicocèle est suffisamment bien maintenu par le suspensoir vaginal, et le malade se déclare très satisfait du résultat obtenu.

## Observations XC à CXXX

(Statistique du professeur Jonnesco)

Comme nous l'avons déjà dit, M. le professeur Jonnesco, depuis 1899 jusqu'en 1905, a opéré 41 cas de varicocèle par le procédé de Parona, simple ou associé, suivant les formes cliniques.

Ces 41 interventions se décomposent de la façon suivante :

12 cas par le procédé de Parona (varicocèle sans ectasie veineuse ou à peine indiquée, mais avec orchidoptose et léger relâchement du scrotum, nécessitant l'intervention à cause des douleurs insupportables qui l'accompagnent).

24 cas où le procédé de Parona fut associé à la résection d'un paquet ou des deux (varicocèle avec extasie veineuse prononcée et légère orchidoptose).

5 cas, enfin, où le procédé de Paroma fut associé à la résection des veines et du scrotum (varicocèle où l'ectasie veineuse exagérée s'accompagne d'orchidoptose et de relâchement très prononcé du scrotum).

« *Le résultat thérapeutique a toujours été excellent.* »

## CONCLUSIONS

I. — Le procédé de Parona consiste à engainer le cordon et ses varices dans la vaginale retournée en doigt de gant, et à créer de la sorte un suspensoir séreux en fixant le sac vaginal au pubis et aux piliers de l'anneau inguinal.

II. — La technique de Parona est très simple et ne nécessite aucune instrumentation spéciale. L'anesthésie locale à la cocaïne ou l'anesthésie générale au kœlène peuvent suffire dans la plupart des cas ; la durée de l'acte opératoire n'excède pas 15 à 18 minutes.

III. — Résultats immédiats : Les suites opératoires sont normales, la guérison per primam s'observe généralement. On note la cessation de la douleur dès les premiers jours qui suivent l'intervention ; l'opéré peut reprendre son travail 15 jours après, il ne porte plus le suspensoir.

IV. — Résultats éloignés : Le testicule, loin de souffrir

de sa transposition extra-séreuse, bénéficie largement des avantages produits par la régularisation de la circulation en retour : diminué de volume, ou menacé quelquefois d'atrophie, il ne tarde pas à reprendre des dimensions et une consistance normales ; il glisse librement sous les enveloppes qui l'entourent. La tumeur variqueuse, enserrée et maintenue par le sac vaginal, diminue considérablement de volume et reste bien réduite. Le scrotum dont le relâchement était quelquefois exagéré, se rétracte assez rapidement comme le prouvent quelques observations. Les douleurs et la gêne n'ont jamais reparu. Nous n'avons constaté aucune récidive chez les nombreux opérés revus six mois et même deux ans après.

V. — Quand on se trouve en présence d'une hernie inguinale et d'un varicocèle concomitant, le Parona n'est que le complément de l'opération de Bassini.

VI. — Nous concluons en affirmant que le suspensoir vaginal doit être la base fondamentale du traitement du varicocèle. A lui seul il corrige, d'une façon durable, la ptose testiculaire et la dilatation veineuse. Il n'a que rarement besoin du secours des autres méthodes.

---

# BIBLIOGRAPHIE

## I. — Publications françaises

*Amat.* — Le traitement du varicocèle (Bull. génér. de thérap., Paris, 1900, CXXXIV, p. 301-310).

*Amussat.* — Rel. d'un cas de varicocèle opéré par la ligature des artères du cordon (Arch. gén. de méd., 1829, t. XIX, p. 461).

*Amussat (fils).* — Varicocèle du côté gauche opéré par la galvanocaustique (Gaz. des hôp., 1866).

*Annequin.* — La cure du varicocèle par la résection bilatérale des tuniques du scrotum (Dauphiné méd., 1894, p. 49-58).

*Baïssas.* — Note sur la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum (Dauphiné méd., 1897, p. 85-88).

*Barbière (L.).* — Traitement du varicocèle, note sur la résection du scrotum au moyen du clamp de Baïssas (Gaz. des hôp., 1898, p. 1019).

*Bernard (L.).* — Contribution à l'étude du traitement du varicocèle par l'électrolyse (Th. Paris, 1880, n° 333).

*Blanc (E.).* — De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum (Thérap. contemp., Paris, 1885, VII, 377-383).

*Blandin.* — Art. Varicocèle du Dictionn. de méd. en 15 vol., 1833, t. XV, p. 569.

*Boyer.* — Tr. des maladies chir., t. X, p. 231 (Paris, 1825).

*Brault (J.).* — Note sur le trait. chir. du varicocèle : nouvelle technique opératoire pour les cas complexes (Lyon méd., 1895, p. 201-206).

*Brault* (*J.*). — Excision postéro-latérale combinée avec la résection des veines dans les varicocèles compliqués (Bull. et mém. Soc. de chir., Paris, 1900, XXVI, p. 704-706).

*Carlier*. — Le varicocèle dans l'armée et son traitement chirurgical (Arch. de méd. et de pharm. militaires, 1887).

*Carré* (*A.*). — Essai critique sur l'étiologie du varicocèle (Th. Paris, 1856).

*Cattelin* (*A.*). — Du traitement du varicocèle par la résection du scrotum (Th. Paris, 1893, n° 334).

*Celse*. — Trad. par Vedrenne, Paris, 1875, p. 527.

*Championnière* (*J.-L.*). — Voyez Duma.

*Cheinisse* (*L.*). — Cure radicale du varicocèle par résection veineuse dans le canal inguinal (Sem. méd., Paris, t. XX, p. 60).

*Claussat* (*J.*). — Traitement du varicocèle par résection des veines (Th. Lyon, 1899-1900, n° 50).

*Crouzat*. — De l'opération du varicocèle (procédé Horteloup) (Th. Paris, 1889).

*Dardignac*. — Trait. du varicocèle (Rev. de chirurgie, Paris, sept. 1895).

*Delageneste*. — Du varicocèle et de son trait. (Th. Paris, 1869).

*Delpech*. — Mal. réputées chirurg. Paris, 1816, t. III, p. 264.

*Dionis*. — Cours d'opér. de chirurgie, 1707.

*Double*. — Cure radicale du varicocèle (Bull. méd., 1897, n° 45, p. 515).

*Dubrueil*. — Sur une modification de l'opér. du varicocèle (Gaz. des Hôp., 1870, n° 97).

*Duma* (*N.*). — Trait. du varicocèle par la résection du scrotum (Th. Paris, 1890-91, n° 206).

*Duplay* (*S.*). — Le varicocèle et son traitement (Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1900, p. 216-229).

— Le varicocèle (Rev. des hôp. de Paris 1900, t. II, n° 7, p. 2-4).

*Dupuytren*. — Leçons or. de clin. chir. rec. et publ. par Brierre de Boismont et Marx, 2e éd., t. III, p. 256, Paris, 1839.

*Ernoul*. — Nouveau suspensoir pour le varicocèle (Bull. de thérap. Paris, 1886, t. CX, p. 554).

*Escalier*. — Deux cas de varicocèle suivis de phlébite et de suppuration, mort (Mém. Soc. de chir. 1849-50, t. II, p. 66).

*Escat* (de Marseille). — Etiologie et trait. du varicocèle (Presse méd. 5 février 1898, n° 12, p. 70).

*Etourneau*. — Du varicocèle et de son traitement (Arch. de méd. nav., Paris, 1900, p. 143-148).

*Frrron*. — 5 observations de varicocèles traités par la ligature (Arch. de méd. et de pharm. milit. Paris, 1885, p. 147-156).

*Franco.* — Lyon, 1556 (éd. de la Rev. de chir., Paris. 1884).

*Fistié.* — De la cure rad. du varicocèle (Th. Nancy, 1888).

*Forgue* et *Reclus.* — Art. Varicocèle *in* Dict. encycl. des sc. méd. (Dechambre), Paris, 1888, 5e série, t. II.

*Forgue* et *Reclus.* — Traité de thérap. chirurgicale, Paris, 1892, t. II.

*Gagnebé (G).* — Dilat. variq. des veines en général (Th. Paris, 1830).

*Genin (Camille).*— Cure rad. du varicocèle par la méthode de l'isolement simple (Th. Paris, 1876, n° 177).

*Gross, Rohmer* et *Vautrin.* — Nouveaux éléments de pathol. chir., Paris, 1900, vol. IV.

*Guy de Chauliac.* — Ed. de Lyon, 1642, p. 171.

*Hache.* — Note sur un nouveau procédé de traitement du varicocèle (Ann. des org. gén.-urinaires, Paris, 1884, t. II, p. 293-304).

*Hamonic.* — Le varicocèle (Rev. clin. d'androl. et de gynécol. Paris, 1900).

*Hélot.* — Du varicocèle et de sa cure radicale (Arch. gén. de méd., 1844, 4e série, t. VI, p. 1, et t. VIII, p. 287).

*Horteloup.* — Du trait. du varicocèle par la résection du scrotum et des veines funiculaires (Acad. de méd., 1885).

*Hutchinson.* — Semaine méd., 13 janvier 1886.

*Jacques (J).* — La cure du varicocèle (méth. de Annequin) jugée par le Comité de santé (J. des Prat., Paris, 1900, n° 14).

*Landouzy.* — Du varicocèle (Th. Paris, 1838).

*Lautour.* — Th. de Bordeaux, 1892.

*Le Dentu.* — De la cure dite radicale du varicocèle, Paris, 1887.

*Lejars (F.).* — Note sur la résection du scrotum dans la cure du varicocèle (Bull. et mém. Soc. de chir., Paris, 1900, p. 656-657) (Discussion).

*Longuet (L).* — De la transposition extra-séreuse du testicule, ses applications à l'hydrocèle et au varicocèle (Progrès méd., Paris, 21 sept. 1901).

— Chirurgie radicale du varicocèle (Conception et méthode thérapeutique, procédés opératoires classiques, revue générale) (Gaz. des hôp. Paris, 1902, LXXV, 801-808 et 829-835).

— Chirurgie réparatrice du varicocèle (Presse méd., Paris, 1902, n° 75).

*Magnin (J.-Gh).* — Du traitement opératoire du varicocèle par le procédé de Parona (Th. Lyon, 1903-1904, n° 7).

*Maisonneuve.* — Mémoire sur l'application des injections coagulantes à la cure du varicocèle (Union méd., 1866).

*Malgaigne.* — Introduction à Ambroise Paré, p. 91.

*Margerie.* — La cure radicale du varicocèle par la décortication du scrotum (Th. Bordeaux, 1900, n° 5).

*Manclaire* (*P.*). — Les traitements des varicocèles (orchidopexies) (Trib. médic., Paris 1903, n° 14, p. 213).

*Monod* et *Terrillon*. — Traité des maladies du testic. et de ses annexes Paris, 1889, 1 vol., p. 741-769.

*Monod* et *Vanverts*. — Traité de technique opératoire, Paris 1902, t. II.

*Montané* (*L.-M*). — Du traitement curatif du varicocèle et en particulier de son trait. par l'isolement des veines (Th. Strasbourg, 1868).

*Monton*. — Dictionn. en 60 volumes, Cirsocele, t. V, p. 257, Paris, 1813.

*Niçaise*. — Trait. du varicocèle par la ligature et la section antiseptique des veines (Rev. de chir., Paris, mai 1884).

*Nimier*. — Création d'un suspensoir naturel au moyen de la ligature sous cutanée en bourse du scrotum dans le varicocèle (Sem. méd., 1898, n° 55).

— Présente à la Soc. de chir. de Paris un homme chez lequel il a opéré un varicocéle par le procédé de Parona (Rev. de chir., 1899, 2e vol., p. 219, et Bull. et mém. de la Société de chir. de Paris, 28 juin au 19 juillet 1899).

— Nouveau procédé de cure opératoire du varicocèle (Parona) avec 2 figures (Sem. méd., Paris, 1899, n° 5, p. 39).

*Onimus*. — Trait. du varicocèle par l'électricité (Gaz. des hôp., 1877. n° 127, p. 1014).

*Rappadatos*. — Etude sur le varicocèle (Th. Paris, 1898).

*Paré* (*Ambroise*). — Ed. Malgaigne 1840, t. I, p. 91, introduction.

*Paul d'Egine*. — Trad. par R. Briau, Paris, 1856, p. 273.

*Pélicier*. — La transposition opératoire du testicule. Méthode et procédé de Louguet (Th. Paris, juillet 1902).

*Percepied*. (*F.*). — Application de l'électricité au trait. du varicocèle (Th. Paris, 1877).

*Périer*. — Considér. sur l'anat. et la physiol. des veines spermatiques (Th. Paris, 1864).

*Petit* (*I.-L*). — Œuvres posthumes de chirurgie mises au jour par Lesne, Paris, 1874, t. II, p. 498.

*Picque* (*L.*). — Consid. sur le trait. du varicocèle par la cautérisation (Rev. de chir., Paris, 1886, p. 289-296).

*Phocas*. — Sur un nouveau procédé de cure rad. du varicocèle, VIe Congrès de chir., 1903 (Sem. méd., 1903).

*Reclus*. — Voir Gorgue.

— Traité de chirurgie Duplay et Reclus. art. Varicocèle, 2e éd Paris.

*Ribell*. — Revue méd. de Toulouse 1888, p. 332-389.

*Richelot.* — Art. Scrotum Dict. des sciences médicales).

— Trait. chirurg. du varicocèle (Union méd., Paris, 1885, p. 529 et 533, et Bul. Soc. méd. prat., Paris, 1886).

*Rostaing.*— Cure rad. du varicocèle par un nouveau procédé de résection du scrotum (Th. Lyon, 1897).

*Saussol.* — Varicocèle et hypochondrie (Th. Paris, 1897).

*Sébileau (P.).* — Leçons de chir., Paris, 1897).

— Art. Varicocèle (Traité de chir. Le Dentu et Delbet, vol. X, Paris, 1901).

*Seyond (P.).* Art. Varicocèle (nouv. Dict. de méd. et chir. prat., Paris, 1885, XXXVIII, p. 234-306).

— De la cure rad. du varicocèle (Sem. méd., 1888).

— Annales des malad. des org. gén.-urin., Paris, avril 1889.

*Sistach.* — Etude sur les varicocèles et les varices (Gaz. méd. de Paris 1866).

*Spillmann (G).* — Note sur 14 observ. personnelles de cure chirurg. du varicocèle par le procédé de Parona (Arch. provinc. de chir. Paris, 1902, XI, p. 221-230).

*Testut (L.).* — Traité d'anat. humaine, 3e éd., 1895, t. III.

*Tillaux.* — Trib. méd., 1889.

— Leçons de clin. chir., 1897, 4e éd., t. II.

*Trandafiresco (Th.).* — Le varicocèle et son traitement (Th. Paris, 1867).

*Valette.* — Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

*Vauthier (P.).* — Traitement hygién. du varicocèle au début (Th. Paris, 1879, n° 432).

*Véron.* — Présentation d'une pince clamp pour varicocèle et de 3 opérés guéris par son procédé (Bul. méd. de l'Algérie, Alger, 1900, p. 166-168). (Discussion).

*Vidal de Cassis.* — De la cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique (Journ. de méd. et de chir. article 2845, p. 275-278, Paris, 1844).

*Vigier (Jean)*, (de Castres) — La grande chirurgie des tumeurs, Lyon 1614,

*Villeneuve.* — Marseille méd., 1892, n° 29, p. 267.

*Vincent (A.).* — Trait. du varicocèle, applicat. de la méthode antiseptique (Th. Paris, 1884).

*Wiart (Alex.).* — Du trait. du varicocèle et spécialement du procédé par les inject. de perchlorure de fer (Th. Paris, 1866).

*Wickham (Ed.).* — De la cure radicale du varicocèle (Th. Paris, 1885).

## II. — Publications étrangères

*Aguirre* (*A*).— The operation for the radical cure of varicocele (J. Ass. Mil. Surg. U.-S. Carlisle Pa, 1905, 46-48).

*Alessandri* (*R.*). — Sull'ablazione della vaginale del testicolo ed abolizione del cavo (Policlinico, Roma, 1897).

*Barker* (*A.-E.*). — Une opération simple contre le varicocèle (Lancet, London, 1882, p. 521).

*Barwell* (*Rich.*). — Varicocèle et sa guérison par la ligature sous-cutanée (Lancet, 12 juin 1875).

— Cent cas de varicocèle traités par la ligature sous-cutanée (Lancet. Lond., 1885, I, p. 978).

*Bastin-Williams*. — Le varicocèle (Policlinique, Bruxelles, XI, p. 11-16).

*Benassi* (*G.*). — Sulla cura del varicocele (Gaz. degli osp. Milano, 1901, XXII, 145-147).

*Bennet*. — Lancet, 1889, p. 261-265.

*Berutti*. — Nuovo metodo operativo pella cura del varicocele (Med. ital. Napoli, 1903, 43-45.

*Bœnning* (*H. G.*). — Cure rad. du varicocèle par l'excision du plexus veineux. — 3 cas (Philad. med. Times, 1882-83, XIII, p. 720).

*Bogue* (*G. V.*) —Une opération sûre, sinon nouvelle pour le varicocèle (Chicago M. J. et Exam., 1883, XLVI, p. 383-387).

*Caporali* (V.). — Deux cas de varicocèle; cure rad. selon la méthode de Vidal de Cassis, guérison (Gaz. méd. ital. lomb. Milano, 1882, IV, 213-215).

*Carluebler*. — Du varicocèle et de son traitement chirurgical, Breslau, 1880.

*Chassaignac* (*Ch.*). — Varicocele (Med. Rec. N. York, 1902, LXII, 603-608).

*Clark* (*C. C. P.*) —Trait. du varicocèle (N. York, Med. 1884, XXXIX, p. 631).

*Goffman* (*T. R.*) — Varicocèle : la castration est le meilleur remède, (Cincinn. Lancet et Clinic., 1882, p. 389).

*Copeland* (*G. W.*) Boston. -- Varicocèle et sa cure radicale (Boston med. Anel Surg. J, 1877, 29 mars).

*Coulson*. — Varicocèle, sa cure radicale, London, 1865.

*Curling*. — Maladie du testicule, (trad. Gosselin.)

*De Sanctis L.* — Sul processo di resezione scrotale nella cura del varicocèle (Gaz. degliaspev, 1897).

*Dalla Vedova.* — Nota sola distribuzione delle valvole nelle vene spermatiche interne (Rapporto colla frequenza del varicocele. Suppl. Policlinico Roma 1898, p. 703).

*Durante.* — Trattato di patologia e di terapia chir, 1898.

*Eads (B.).* — Varicocèle (Med. Standard Chicago 1904, p. 407.)

*Freixas (J.)* — Trait. du varicocèle. histoire, comparaison, caspratique, considération. Indép. Méd. Barcelone, 1885 86, XVII, p. 349. 352, 365.

*Carampazzi.* — L'inversione della vaginale nelle cura rad. dell' idrocele. Gaz. degli Osp. 1897.

*Coelet (A. H.)* — Amputation du surplus du scrotum dans le varicocèle, (North Carolina M. J. Wilmington. 1883, XII, 185-187).

*Greig (D. M.)* — A new operation for the cure of varicocèle (Scottish med., and surg J. 1898, III. 213).

*Harrison, (R.).* — Sur la cure rad. du varicocèle (Lancet, London. 1882 I. p. 477.)

*Henry (M. H.).* — Remarques sur l'amputation des parties exubérantes du scrotum pour remédier au varicocèle: nouveaux instruments pour faciliter l'opération (Med. Rec., N. York 1881, XIX, p. 589-593).

— Remarques additionnelles sur l'amputation du surplus scrotal dans le trait du varicocèle (ibid. N. York, 1882. XX p. 509.)

— Remarques sur la nature et le trait du varicocèle (Proc. Connect. M. Soc. Hartford, 1883. n. s. II. n° 4. p. 155-163.

— Un cas de varicocèle avec légère dilatation des veines spermatiques, avec varices scrotales et surabondance de tissu scrotal; ablation de ce tissu avec veines dilatées, suivie d'entière guérison (N. York M. J., 1885, XLI p. 12).

*Horwitz (O).* — The use of the electrothermic angiotribe in lieu of the employment of ligatures in the open operations for the relief of varicocele (Philad. M. J. 1903, p. 560).

*Howe (A. J.)*— Varicocele (Elect. Med. J. Cincinnati. 1879, n° 39, p. 544).

*Jenkes (H. L.)*— Cure rad. du varicocele, (Am. J). M. Sc. Philad. 1883. n. s n° 86. p. 153).

*Jones (Sydney).* — 3 cas de varicocele (Brit. Med. J. 18 mars 1876).

*Jonnesco.* — Varicocèle gauche traité par le procédé de Parona, combiné avec la résection des veines (Bull. et mém. Soc. de chir. de Bucarest, 1903 1904, VI, p. 53).

*Kayes* (*E. L.*). — Le trait radical du varicocèle et de l'hydrocèle réduit à sa plus simple expression (Med. Rec. N. Lork 1885, XXIX, p. 202-204).

*Kocher*. — Zur operativen Behandlung der Varicocele, (Berlin Klin., Woch. déc. 1893).

*Kupperberg*. — Formule clinique et traitement du varicocèle (procédé de Parona). Bucarest, 1901,

*Lasnier* (*H.*). — Varicocèle (Rev. méd. Montréal, 1901, p. 361-363).

*Lee* (*H.*). — Cure rad. du varicocèle (Lancet. London 1885, I, p. 695).

*Leo*. — Dissert. de circocle, Landish, 1826.

*Levis* (*R.-J.*). — Varicocèle et son trait. par la ligature sous-cutanée. Opération du Dr Levis (rapp. par Chapmann) (Med. et Surg. Rep. Philad. 1879, XL, 382).

*Lofton* (*L.*). — An improvised method of. operating for varicocele N. York, M.-J., 1904.

*Lydston* (*G.-F.*). — Le traitement du varicocèle avec rapport chir. de plus. cas, traités par l'amput. du scrotum (Chicago, M. J. et Exam. 1883, p. 351-362).

— Radic. treatment of varicocele (Alkaloïd. clin. Chicago, 1901, VIII, 449-452).

*Maclean* (*D*). — 3 cas de varicocèle guéris par l'amputation des parties surabondantes du scrotum (Physic. et surg. ann. Arbor Mich., 1884, VI, 354-356).

*Maclesd* (*G.-H.-B.*).— Trait. du varicocèle (Lancet. London 1877, 3 mars).

*Miflet* (*L.*). — Sur les modifications pathologiques du varicocèle sur la nutrition du testicule (Archf. klin. Chir. t. XXIV, p. 399, 1879).

*Morgan*. — Sur le trait. et la cure du varicocèle par la suspension du testicule Dublin quart J., 1869, nov. p. 490.

*Most*. — De cirsocèle, sen hernia varicosa. Halæ. 1796.

*Murray*. — Dissert. de cirsocele, Upsata, 1784.

*Narath*. — De la cure du varicocèle par résection des veines dans le canal inguinal (Wienn. klin. Woch. 1900, t. XII, p. 73-79).

*Neisswanger* (*C.-L.*).— Electrical treatment of varicocele surg. clin. Chicago, 1902, I, 314 317.

*Newman* (*R.*).— Varicocele (J. advaced therap. N. York. 1902, XX, 575-580).

*Nouveau* procédé pour le traitement du varicocèle. Opération de Parona. (Rev. de méd., de pharm. et d'hygiène, de Montréal, 1899, II, p. 452-453).

*Ogston* (*A.*). — L'opération du varicocèle (Ann. Surg. St-Louis, 1886, IV, 120-123).

*Operazione (L')* radicale del varicocele (Riforma med. Palermo, 1900, I, 333-339).

*Paci (G.).* — La cura operativa del varicocele (Morgagni febbr., 1894).

*Parona (F.)* — Uu nuovo metodo operativo per la cura delvaricocele (Policlinico, Roma, 15 janvier 1899).

— A proposito della cura operatoria del varicocele (Gaz. degli Osp., Melano, 1901, XXII, 307.

*Pascale.* — Le vaginalit idel testicolo (Nota al congresso chirurg. di Torino ottobre 1898).

*Patruban.* — Sur le varicocèle et son trait. chirurgical (Allg. Wieu, med. Zeitg. 1870, n^os 9, 10, 11, 15, 31 et Wienn. med. Presse, n° 12, 1870.

*Pott* (T.) — 1717, t. II, p. 176.

*Potter.*— Supra scrotal operation for varicocele with ligature of spermatic artery (Year BK. M. Ass. Gr. N. York, 1903, XXIV, 1131-1133).

*Ravoth.* — Sur le trait. du varicocèle au moyen d'un bandage herniaire (Berlin Klin. Wochenschr. 1872, n° 41, et 1874, n° 19).

— Sur le varicocèle (Deutsche Zeïtschr für pract. méd. 1877, n° 1).

*Reichert (Max).* — L'opér. radic. du varicocèle (Arch. für klin. Chir., 1877, XXI, 372-390).

*Richter.* — Observ. chirugicæ, fasc. II, p. 22.

— Aufaugsgründe der Wundarzneikunde, vol. VI, p. 165.

*Robinson (W. J.).* — Operation for varicocele with unusual termination (Murphis M. Month, 1902, XXII, 538 39).

*Robson (A.-W. M.).* — Traitement du varicocèle par excision (Brit. med. J. London, 1886, I, p. 389).

*Rochelt (E.).*— Varicocèle, découverte des plexus veineux, ligature (Wienn med. Presse, 1879, XX, 809).

*Roddick (T. G).* — Remarques sur le varicocèle et son traitement Canada, M. et S. J. Montréal, 1883-1884, XII, 653-653.

*Rodi.* — King's-clamp inthe treatment ofvaricocele. Med. rec N. York 1883

*Rose (W.)* — Le traitement sous-cutané du varicocèle, Lancet 1875, 19 juin.

*Roux.* — Rev. Méd. de la Suisse Romande, 1886.

*Royster (H. A.)* — The bigh. operation for varicocele Carolina M. J. Charotte, 1904, I, 165.

*Tait. D.* — Eversion de la tunique vaginale, Annales of surg. avril 1901.

— A contribution to the study of the varicocèle. Calif. state J. M. San Francisco 1904, 693-708.

*Thirion.* - Du varicocèle, Clin Bruxelles 1900, XIV, p, 57-59.

*Turner.* — Deux cas de varicocèle dans lesquels les veines ont été liées avec des tendons de queue de kangouroo ; remarques (Lancet London 1886, t, p. 249

*Tyndale* (*J. H.*).— Les opérations pour le varicocèle (New-York. Med. Rec. 1871, 15 juillet).

*Vince.* — Nouveau procédé de cure chir. du varicocèle (J. de Méd. Bruxelles 1904, p. 525-527).

— Nouveau procédé de cure chir. du varicocèle (J. chir. et Ann. Soc. belge de chir. Bruxelles 1904, 170-175).

*Viscontini* (*Carlo*).— Il varicocele, Eziologia, Sintezmatologia, Cura, Torino Tip, G. V. Cassone, Succ. Candeletti 1902.

— Nuovo contributo alla cura chirurgico radicale del varicocele Gaz. degli Osp. Milano 1903 XXIV, 1131-1133.

*Virdia* (*A.*). — Il varicocele sua cura chirurgica moderna con casi clini. Rif. Med. Roma 1903, XIX, 1181-1215.

*Waitz.* — De Cirsocele, Gott. 1777.

*Watson.* (*A. E.*). — Notes on the radical cure of varicocele (Lancet, 1896, t. 1, p. 290).

*Weir* (*R. J.*). — Le trait. du varicocèle. (Med. Rec. N. York, 1886, XXIX, p. 321-323).

*West* (Birmingham).— Varicocèle traité par la ligature élastique Lancet, 4 juillet 1874).

*White* (*I. H.*). — Une nouvelle méthode pour opérer le varicocèle South Clinic. Richmond, 1878-79. I. 466.

— Virginia (Med. Month Richmond, 1879-80. VI. 706).

*Whitman* (*R.*). — Un bandage pour le traitement du varicocèle (Am. J. sc. Philad. 1882, n. s. IX, p. 389).

*Will.* (*J. C.*). — Sur un cas de varicocèle traité par la méthode de Ricord. avec description d'un nouveau manuel opératoire pour la ligature sous-cutanée (Lancet, 15 décembre 1877).

*Will* (d'Aberdeen) — Leçon clinique sur l'influence du varicocèle sur la nutrition du testicule (Lancet, London, 1880, p. 754).

*Willcomb.*— Electricity in Varicocele (Elect. thérap. Lima 1901, V, 12-13 .

*Williams* (*W. R.*).— Traitement du varicocèle par l'élévation ; nouveau suspensoir (Med. Times and Gaz. 1877 15 décembre).

*Willliams* (*T. W.*). — Amélioration des varices des veines spermatiques pour la guérison rad. du varicocèle (Chicago M. J. et Exam. 1879, XXXVIII, 469-474).

— Traitement du varicocèle pour remplacer l'occlusion et l'excision (Med. Age. Detroit 1884, p. 252-254).

*Wood (John).* — Opération pour le simple varicocèle du cordon spermatique. (Lancet, 4 juillet 1868).

— Sur le varicocèle et son traitement, leçon clin. (Brit. Med. Journ., 16 sept. 1871).

*Zesus (D. G.).* — L'opération du varicocèle (Wienn. Med. Wochnschr., 1884, XXXI, p. 404).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 juillet 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 juillet 1905.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

# TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION ..... IX

CHAPITRE I. — Historique du traitement du varicocèle ..... 11

CHAPITRE II ..... 17
I. — Etat actuel de la chirurgie du varicocèle ..... 17
II. — Exposé des principales méthodes ; leurs inconvénients. 18

CHAPITRE III ..... 33
I. — Procédé de Parona et modifications qu'on y a apportées. 33
II. — Etude critique et avantages du procédé de Parona ..... 42

CHAPITRE IV ..... 49
I. — Valeur comparative des procédés en présence ..... 49
II. — Indications ..... 52

CHAPITRE V. — Observations ..... 58

CONCLUSIONS ..... 93

BIBLIOGRAPHIE ..... 95
I. — Publications françaises ..... 95
II. — Publications étrangères ..... 1 0

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!*

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*